

CARLA DAS VIRGENS CAIADO

**A EDUCAÇÃO CONTINUADA
SOB O OLHAR DA
SUPERVISORA DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada
como exigência parcial
para a obtenção do grau
de Mestre em Educação
à Comissão Julgadora da
Universidade Estadual de
Campinas, sob a
orientação da Prof^a. Dr^a.
Mara Regina Lemes de
Sordi.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Campinas, 2002

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

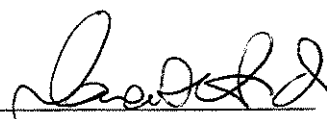
A EDUCAÇÃO CONTINUADA SOB O
OLHAR DA SUPERVISORA DE ENFERMAGEM

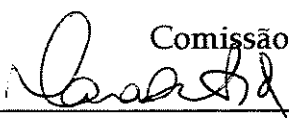
CARLA DAS VIRGENS CAIADO

ORIENTAÇÃO: PROF^a. DR^a. MARA REGINA LEMES DE SORDI

Este exemplar corresponde à
redação final da Dissertação de
Mestrado, defendida por
Carla das Virgens Caiado e
aprovada pela Comissão
Julgadora.

Data: 25/2/02

Assinatura: 
(orientador)

Comissão Julgadora:

Maria Adeline Bordini Guarnais


2002

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO DE CIRCULANTE

iii

100224138

UNIDADE 3e
CHAMADA T/UNICAMP
C12e
EX
OMBO BCI 49253
ROC 16.837/00
DY
REÇO R\$ 11,00
ATA
CPD

CMO0167957-9

B ID 241379

**Catálogo na Publicação elaborada pela biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**
Bibliotecária: Rosemary Passos - CRB-8ª/5751

C12e Caiado, Carla das Virgens.
A educação continuada sob o olhar do superviso de enfermagem / Carla das
Virgens Caiado. – Campinas, SP: [s.n.], 2002.

Orientador : Mara Regina Lemes de Sordi.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade
de Educação.

1. Educação permanente. 2. Enfermagem. 3. Competência. 4.
Globalização. I. Sordi, Mara Regina Lemes de. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

02-BFE

9 MAR 2003
JAN 16 2003
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

RESUMO

Este trabalho é uma pesquisa qualitativa cujo objetivo central é problematizar o conceito e a prática da educação continuada sob o olhar da supervisora de enfermagem, que trabalha em um hospital de referência para urgência e emergência, com caráter público municipal, na cidade de Campinas interior do estado de São Paulo.

Essa busca por ser uma pesquisa social, foi realizada com base na perspectiva hermenêutica-dialética, cujos pressupostos teóricos adotados se encontram em MINAYO (1999), defendidos por Gadamer e Habermas. Nesses pressupostos encontramos o respeito ao pesquisador enquanto ser social, com suas perspectivas sobre o mundo a ser investigado, onde também é inserido. Nessa intenção, o mesmo mostra as categorias analíticas sob as quais se estruturam as fases de busca dos dados e análise. Optamos por assumir as categorias “educação e trabalho em saúde”, “conhecimento, trabalho e poder” e “a relação indivíduo, coletivo e instituição”, que perpassaram a interpretação dos dados agrupados nos eixos temáticos: “conceito de educação continuada”, “prática de educação continuada”, “consequências da prática da educação continuada”, “fatores que influenciam na prática da educação continuada” e “expectativas e críticas da educação continuada”.

A análise nos conduziu à constatação de que as supervisoras entrevistadas conceituam a educação continuada com fins tecnicistas e inerentes à função da enfermeira, com indicações de que as ações são separadas: enfermeira que trabalha com educação continuada e enfermeira assistencial.

A educação como uma forma de transformação social, não se revelou nas falas, porém predominou o tipo “transmissão do conhecimento”, o que associamos com a história da docilidade da enfermagem, como elemento politicamente interessante na manutenção das estruturas econômicas e com modelo de formação educacional.

Muitas são as contradições que aparecem com relação à prática, revelando a importância das condições objetivas de trabalho oferecidas pela instituição para o aprimoramento da assistência de enfermagem prestada.

A educação continuada necessita ser entendida pela enfermagem e órgãos formadores como um processo com poder de contribuir para transformar a realidade, desde que se permitam momentos de reflexão e criação conscientes das múltiplas determinações que afetam o agir profissional, que não pode ser reduzido à sua dimensão tecnicista. Só assim faz sentido construírem-se competências em saúde, em que o humano encontre espaço e se faça presente, resistindo à lógica do mercado que parece se impor sem resistência por falta de um questionamento crítico e político acerca de seus reais interesses.

ABSTRACT

This work is a qualitative study designed to access the concept and practice of continuous education under the view of a chief nurse working in a public hospital in Campinas city. This hospital is the reference for emergency care in the city and surrounds.

This social research was conducted on a hermeneutic-dialectic perspective, with theoretical basis cited by MINAYO (1999) after the work of Gadamer and Habermas. These premises refer to the investigator as a social being, with insertions in the world under investigation. We assumed categories such as "education and healthcare work", "knowledge, work and power" and "relations: individual, groups and institutions", that help on the interpretation of data in thematic items: "concept of continuous education", "practice of continuous education and its consequence", "factors that influence the practice of continuous education" and "expectations and critics on continuous education".

The analysis leads us to the conclusion that the chief nurses have a technicist view of continuous education inherent to their health care practice. They understand that education and healthcare play distinct roles in the hospital. Education was seen merely as "transmission of knowledge", not as a means of social intervention. We assume that this is due to a historical view of nurses as "docile elements" that aid in the maintenance of economical structures, and to contemporary educational models.

Many contradictions appear with respect to practice, revealing the importance of objective conditions for the improvement of nursing care in the hospital.

Nurses and professional schools must understand continuous education as a process with power to change reality, once creative reflections and consciousness of multiples determinants of practice are allowed. This determinants must not be reduced to technicist perspectives. On this basis, competence in health care can be delineated: respecting human space and resisting to market ideology that otherwise will prevail in the lack of critical and political questioning.

OFEREÇO ESTE TRABALHO

À população de Campinas,
que, como todos nós,
tem direito à saúde, integridade, equidade,
moradia e felicidade.

Ao meu avô, José A. das Virgens,
meu exemplo de vida:
Paz, amor e sabedoria...

Aos meus amores
Silvio, Tobias e Silvinho.

À minha mãe, Janda e ao meu irmão César,
que me compreenderam sempre.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Às
supervisoras de enfermagem
do Hospital Municipal
Dr. Mário Gatti,
que carinhosamente
possibilitaram este
estudo.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Mara Regina Lemes de Sordi, que com experiência e paciência percebeu minhas aspirações e me orientou de maneira construtiva dentro das situações que ambas percorremos no caminho da defesa daquilo que buscamos.

À minha querida amiga Maria Cecília Rocha Covey (Ciça), que apesar da distância se mostra sempre presente.

À Enfermeira Maria Andréia da Silva Ribeiro, que marcou minha vida profissional com sua amabilidade, competência e fé.

À Marina, Marisa, Roberto, Luiz, Cida, amigos de tempos de construção, questionamentos e mudanças que nunca terminam ...

À Prof^a. Dr^a. Maria Helena Salgado Bagnato e à Prof^a. Dr^a. Maria Adelina Biondi Guanais, pelas preciosas contribuições efetivadas durante a fase do exame de qualificação.

Ao Dr. Carlos Magno, pela ajuda na tradução.

À Bia, pelo acolhimento que me dá como grande amiga.

À Kátia, pelo incentivo.

Ao meu Deus, que sempre me permite recomeçar.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	p. 1
CAPÍTULO I. PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO	p. 9
CAPÍTULO II. REFLETINDO SOBRE A EDUCAÇÃO CONTINUADA	p.23
CAPÍTULO III. AS SUPERVISORAS DE ENFERMAGEM TÊM MUITO A DIZER. BASTA QUE LHES PRESTEM ATENÇÃO	
III.1. A supervisora de enfermagem conceituando a educação continuada	p. 48
III.2. A supervisora de enfermagem e a prática da educação continuada	p. 56
III.3. A supervisora de enfermagem analisando as consequências de sua prática da educação continuada	p. 66
III.4. A supervisora de enfermagem contextualizando a educação continuada e analisando os fatores que influenciam na sua prática	p. 72
III.5. A supervisora de enfermagem levantando expectativas e críticas sobre educação continuada no seu cotidiano	p. 98
CONSIDERAÇÕES FINAIS	p.108
ANEXO 1: Entrevista	p.115
ANEXO 2: Consentimento dos entrevistados	p.117
ANEXO 3: Entrevista completa com Supervisora SC	p.118
QUADRO 1: Quadro de Terminologias de Educação Continuada	p.126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	p. 135
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	p. 147

INTRODUÇÃO

Nosso interesse pelo processo contínuo de educação em enfermagem em hospital público, iniciou-se há alguns anos quando atuávamos como Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e constatávamos dificuldades no acesso a informações escritas do prontuário do paciente (que eram realizadas pela equipe de enfermagem) relativas a cuidados, mais freqüentemente, aos curativos. Os escritos eram quase iguais para todos os pacientes, e do curativo não havia descrição, apenas a frase “realizado curativo”. Na indagação à equipe sobre o aspecto do curativo, conseguíamos algumas poucas informações.

As conseqüências destas conscientes ou inconscientes omissões geravam-nos transtornos de ordem prática para que pudéssemos identificar aspectos da qualidade de atendimento assistencial, tão importantes e extremamente relevantes, como por exemplo, o índice de infecção hospitalar¹.

Buscamos com empenho uma solução para esse tipo de problema junto à gerência de enfermagem, discutindo o papel da educação continuada.

Com esses questionamentos, tínhamos a esperança de que se estabelecessem discussões amplas sobre o trabalho da enfermagem e a necessidade de estruturar ou reestruturar o que pudéssemos denominar de educação continuada. Surgiu então a idéia e posterior concretização de uma Comissão de Curativos do Hospital coordenada por uma enfermeira.

A solução foi parcial por não contemplar todos os aspectos necessários a um relatório de enfermagem que contenha informações relativas ao cuidado de enfermagem, porém o cuidado à ferida nesta época deu um salto de qualidade.

A experiência de vivenciar a solução de um problema de amplo espectro e importância como o trabalho de toda uma equipe de enfermagem, no qual o elemento “curativo” é importante, porém um dos componentes, a ponto de separá-lo das demais atribuições e criando-se um grupo de curativos como solução do problema, serviu-nos para perceber que a demanda técnica, qual seja, a realização e posterior relatório do tratamento das feridas fora respondida. Destacamos que os membros da equipe de enfermagem que não pertenciam à Comissão de Curativos não desenvolveram seus saberes técnicos no cuidado a feridas de modo sistemático e portanto o crescimento qualitativo de seu potencial profissional permaneceu intocado.

(1) Índice de Infecção Hospitalar é obtido através de um instrumento estatístico que fornece à direção e aos trabalhadores do hospital, a incidência e/ou prevalência dos tipos de infecção relacionadas com as internações que os pacientes adquirem. Estes índices demonstram, entre outros aspectos, a qualidade da assistência prestada, uma vez que infecções muito sérias são preveníveis pelos profissionais, tais como, a maioria das infecções do trato urinário e também os agentes que provocam as infecções ao nível microscópico (principalmente as bactérias) e que são carreados entre os indivíduos através de “caronas”, tais como as mãos dos profissionais de saúde.

Assim, a idéia da Comissão de Curativos teve mais espaço que a idéia de Educação Continuada.

Algumas questões então foram se formulando. A primeira localizada dentro da instituição: o que levou a enfermagem a estabelecer como solução deste problema, a criação de uma Comissão de Curativos², proporcionando um parcelamento de tarefas e não a busca de um espaço maior para reflexão das causas e condutas sobre a questão técnica do curativo para todos os profissionais da enfermagem envolvidos, promovendo assim, a busca de valores que partisse de uma visão do paciente como um ser completo e do cuidado de saúde integral ao paciente?

Pareceu-nos a princípio que o grupo, conscientemente ou não, revelou-se como tendendo para a não demonstração de preocupação com as causas do problema, atendo-se a uma resposta imediata à instituição. Buscamos junto à gerência uma discussão sobre essa atitude, como sendo inesperada por nós, pois levamos o problema no intuito de analisá-lo com o grupo, estudá-lo e percebê-lo como mais um fator que, somando-se a outros vividos pelos demais enfermeiros, pudesse ser um fator desencadeante de momentos de reflexão e mudanças na enfermagem.

Esta experiência, somada a uma vivência como enfermeira em hospitais públicos e especialmente no qual vínhamos atuando nos últimos onze anos, onde o enfermeiro enfrenta rotinas de intensa atividade física e com elevada carga emocional, levou-nos a sentir um “incômodo profissional” que vem a ser o questionamento do papel que o enfermeiro se atribui em seu

(2) A Comissão de Curativos existiu no hospital durante aproximadamente quatro anos, deixando de existir por determinação de uma nova diretoria clínica à coordenadoria de enfermagem.

cotidiano. Pensamos no que tange à continuidade na formação da equipe de enfermagem⁽³⁾, para que atenda a contento a população que assiste e ao mesmo tempo, que procure abordar a luta contra paradigmas enraizados relacionados à profissão, tendendo para uma vivência da enfermagem como uma prática social crítica e reflexiva.

Desta questão, derivam-se outras, que nos auxiliam a compor uma constelação de relações histórico-sócio-culturais que, no limite, nos levariam a compreender o fenômeno do ponto de vista do enfermeiro: “Qual o conceito de Educação Continuada?”; “qual a importância que ele lhe atribui?”; “como ela se dá no seu cotidiano?”; “qual a abrangência destas ações?”; “quais são as expectativas e críticas sobre suas ações?”; “como o enfermeiro compreende as forças que atuam como determinantes em seu agir profissional nesta área?”; “qual a influência que sua formação profissional inicial exerceu sobre seu agir?”. A enfermagem caracteriza-se pelo cuidado ao ser humano, e suas ações somadas às de outros profissionais refletem no atendimento à saúde. Assim, uma questão, que poderia se interpretar até como uma necessidade da população, seria: que esforço é necessário para que o enfermeiro repense seu papel na busca de trabalhar a sua formação continuada, para que tenhamos um atendimento de enfermagem com qualidade?

⁽³⁾ A enfermagem é uma profissão que se caracteriza por uma divisão técnica de trabalho, compondo-se em profissionais enfermeiros, que além do gerenciamento, exercem atividades de assistência aos pacientes cuja dependência de cuidados exija maior base científica que os demais (ex.: pacientes graves, com risco de vida, de maior complexidade técnica). Exercem também “educação visando à melhoria de saúde da população” (lei federal 7.498/86).. Compõem ainda a equipe de enfermagem, os Técnicos de Enfermagem e os Auxiliares de Enfermagem (nível médio), aos quais cabem todas as atividades de cuidados diretos aos pacientes com exceção daqueles exclusivos do enfermeiro.

Concebendo que o ser humano é um ser social, cuja história determina a continuidade de sua própria vida e que esse ser humano é que é capaz de estabelecer mudanças ou não em sua trajetória, pensamos que a resposta do grupo, referente à nossa primeira questão, relaciona-se a uma tendência de não demonstrar uma vulnerabilidade existente frente aos vários níveis de relações organizacionais do hospital. FABRO (1996) aproxima-se desse pensamento em seu trabalho, em que conclui que a enfermeira tem passado por uma crise em função da conscientização de estar inserida em um espaço em que lhe imprimem a identidade de uma pessoa que faz tudo e se responsabiliza por tudo, porém mantém-na submissa.

Podemos atribuir a elementos como formação profissional, experiências de vida pessoal e experiências profissionais, alguns critérios que se estabeleceram como co-determinantes nesta complexa questão, assim como elementos sociais, culturais, políticos, históricos e econômicos. LANGE et. al. (1991) identificam alguns problemas comuns na prática da enfermagem na América Latina, dentre os quais destacamos: inadequação do exercício profissional frente ao papel que a enfermagem assume; falta de identidade profissional; falta de reconhecimento do trabalho de enfermagem e poucas oportunidades de formação continuada.

Também AVENDAÑO et. al. (1997) citam problemas específicos identificados por enfermeiras em Jornadas de Enfermagem no Chile dos quais destacamos alguns na intenção de proporcionar maiores subsídios para essa discussão:

“insuficiência de recursos humanos e materiais em relação à demanda assistencial e às coberturas atribuídas; incorporação de tecnologia que deixa de lado a atenção integral; inadequação na organização dos serviços e nas políticas de pessoal; (...) ; problemas associados ao desconhecimento do papel da enfermeira; (...); crise da enfermagem e incerteza sobre seu futuro; deteriorização da saúde das enfermeiras.” (p. 119).

Todos estes problemas nos auxiliam na construção dos fatos compondo um quadro de causalidade na atuação do enfermeiro enquanto sujeito do desenvolvimento da educação continuada para si próprio e junto à sua equipe, como principal elemento motivador e formador.

DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

O presente trabalho converge para uma análise do que venha a ser educação continuada junto aos supervisores de enfermagem. A partir das considerações anteriores, entendemos que o conceito de educação continuada seja compreendido a partir do princípio que ela é condicionada por fatores econômicos, políticos, históricos e sociais. Sua importância final na enfermagem deve-se à qualificação da atenção e do cuidado ao cidadão-cliente que busca a instituição, e ao constante crescimento pessoal em níveis técnicos numa primeira dimensão e em níveis de posicionamento profissional, político e social em uma segunda dimensão. A partir desta análise geral, pretendemos nos aprofundar com o grupo de supervisores de enfermagem em uma crítica vivencial construtiva que, além do conceito, penetra na ação individual e coletiva lembrando-nos que “(...)conhecimento é apenas meio(...)” (DEMO, 1996, p. 6) mas também, que sem o conhecimento a transformação se torna mais complexa.

Para que tenhamos chegado à estruturação deste trabalho, algumas questões nos nortearam. A primeira mais abrangente, e as demais mais específicas, porém decorrentes da primeira:

- 1) Como o supervisor de enfermagem vê a educação continuada em sua área, dentro de um contexto de saúde multideterminado por uma política neoliberal, pela diminuição das funções do Estado, pela veloz corrida da

tecnologia ao seu constante aperfeiçoamento, pela precarização do trabalho dentro da área da saúde e pelo descaso com que a própria instituição a confere?

- 2) Qual o conceito que ele tem de educação continuada e qual a importância pessoal e profissional que lhe atribui?
- 3) Como ela (Educação Continuada) se dá no seu cotidiano?
- 4) Quais são as suas expectativas e críticas sobre suas ações?
- 5) Como compreende as forças que atuam como determinantes em seu agir profissional nesta área?

OBJETIVOS DO TRABALHO

O objetivo geral deste trabalho é analisar as concepções sobre educação continuada, apresentadas pelos supervisores de enfermagem de um hospital caracteristicamente voltado para urgência e emergência e gerido pelo Sistema Único de Saúde, sobre educação continuada.

Como objetivos específicos, buscamos:

- 1) Analisar sob o ponto de vista dos supervisores de enfermagem as concepções da educação continuada e suas relações com as transformações do mundo do trabalho.

- 2) Reconhecer a percepção que o Supervisor de Enfermagem tem acerca de seu papel na construção de uma concepção de educação continuada coerente com as necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO I

PERCURSO TEÓRICO - METODOLÓGICO

Pelas características próprias da exposição da problemática aqui apresentada, este trabalho fundamenta-se nos pressupostos teórico-metodológicos baseados na obra de MARX, em que a marca da totalidade fundamenta uma abordagem qualitativa. Esta abordagem pretende dar ênfase à história e às suas estruturas. Encontramos em COUTINHO (1994) reflexão marxista sobre totalidade e identificamos uma conceituação que nos satisfaz pela sua simplicidade e objetividade:

“Essa decisiva indicação metodológica, recolhida pelo marxismo da herança dialética de Hegel, significa a necessidade de conceber a sociedade como totalidade, isto é, como uma realidade complexa e articulada, formada por mediações, contradições e processos. (...) Assim, a totalidade em questão não é, na feliz expressão de Hegel, “uma noite onde todos os gatos são pardos”, ou seja, não é uma totalidade indeterminada (...) (p. 92).

Segundo o autor, para Marx a sociedade se apresenta como uma totalidade, onde destaca-se o momento econômico, ou a infra-estrutura. Nela

existe a articulação entre as forças produtivas (que são os processos de dominação da natureza) e a maneira que os homens se relacionam entre si para possibilitar esses processos. A esta articulação Marx denominou de “relações de produção” que se originam com a divisão social do trabalho, estruturando a sociedade em classes sociais. Então, para nos aproximarmos minimamente do entendimento das estruturas sociais não podemos nos esquecer que elas formam uma totalidade e, para compreendê-las subjetivamente devemos adotar tal ponto de vista.

Portanto, o ponto de vista do início do processo de pesquisa é determinante do desenvolvimento da mesma. MARX (1999) define que os elementos simples como divisão social do trabalho, dinheiro, valor de troca e necessidade, são a origem dos sistemas econômicos e que o método “cientificamente exato” (p. 39) é aquele que parte (se inicia) de representação das categorias mais simples (por exemplo valor de troca), partindo sempre do pressuposto do sujeito (sociedade) e de que “o concreto é a síntese de muitas determinações, isto é, a unidade do diverso” (p. 39) . O concreto é resultado e não ponto de partida. Porém, o concreto é o ponto de partida efetivo, “a maneira de proceder do pensamento, para se apropriar do concreto, para reproduzi-lo como concreto pensado” (p. 40). Em KOSIK, encontramos que “a busca da essência contida na aparência é a compreensão da aparência” (1976 – p.13).

Do ponto de vista da postura da pesquisadora, nos propomos a não nos limitar a apenas uma “mera procura de fatos e situações empíricas”, como nos alerta THIOLLENT (1982,29). Realizar uma busca reflexiva sobre o que seja educação continuada, a partir de condicionantes econômicos, políticos e sociais, implica perceber que a educação continuada se manifesta como multideterminada. Assim sendo, procuraremos nos valer de uma linha de relação dialética explicativa da realidade, em suas contradições e relações entre o fenômeno e a essência, entre o particular e o geral, entre objetivo e subjetivo,

entre teoria e prática, entre história e imaginação, entendendo que com estes olhares possamos investigar, juntamente com os sujeitos da história, a problemática da educação continuada em hospital governamental, essencialmente voltado para urgência e emergência.

Optamos por buscar na Hermenêutica Dialética o método com o qual caminharemos para a análise de todo o processo da pesquisa, e no Estudo de Caso, o método para obtermos os dados amparados pelo estímulo de BOGDAN e BIKLEN (1994) que consideram graus de dificuldade, mas referenciam-no como adequado a estudos investigativos de um aspecto particular de uma organização.

Também, em 1960, YOUNG reconhecia que o estudo de caso é um método que se utiliza para *“analisar situações concretas nas suas particularidades”*, com sua eficácia definida por MARTINELLI (1999) nos pressupostos filosóficos do quadro referencial teórico: *“É a dimensão epistemológica que garante a objetividade da realidade investigada e o esforço metodológico de fidelidade à realidade”* (p. 52).

A Hermenêutica e a Dialética surgem como complementares nos seguintes pontos segundo HABERMAS e STEIN (in HABERMAS, 1987): o ponto de partida é o homem; o objeto de análise é a práxis social; o sentido que buscam é a afirmação ético-política do pensamento; ambas buscam as condições históricas das manifestações do homem; ambas partem do pressuposto de que não há observador imparcial; ambas vão além da função de serem ferramentas do pensamento (em contraposição ao Positivismo); ambas questionam o tecnicismo dos métodos.

STEIN (in HABERMAS, 1987) faz a conclusão a respeito do diálogo entre Habermas e Gadamer que se travou entre os anos 60 e 80, sobre hermenêutica e dialética:

“(...) Hermenêutica e dialética representam de maneira única e privilegiada, o travejamento de um tipo de forma de vida do pensamento que não descola do mundo e da práxis vivida e, por isso, representa uma forma de vida que poderíamos caracterizar como precedendo a toda ciência e trabalhos científicos (...) São a afirmação do significado prático da razão humana, no seu sentido mais forte (...) não há práxis em seu sentido pleno sem que pressuponha os horizontes do pensamento dialético e hermenêutico”
(p. 131 e 132).

MINAYO (1999) expõe a hermenêutica-dialética, também baseada no diálogo Habermas/Gadamer, como um método que compreende os dados através de um pensamento perceptivo de aspectos extradiscursivos que compõem o espaço político-econômico e cultural onde o discurso se articula. Por isso ela supera as análises do discurso e do conteúdo, porque penetra também naquilo que não está dito ou escrito.

Neste hospital existe uma segmentação dentro do quadro de enfermeiros, com a seguinte composição: 6 supervisores, 39 enfermeiros assistenciais e 1 coordenador.

Percebemos nos supervisores de enfermagem, pelas características potenciais de seu papel de liderança e coordenação e pelo seu referencial importante nas interfaces com diferentes equipes de outras áreas (médicos, fisioterapeutas, estudantes, residentes e administrativas) o conjunto de sujeitos mais apropriados para o recorte de nosso estudo.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS (PMC), através da Secretaria de Recursos Humanos (1993), estabeleceu que, para que o supervisor exerça seu papel de liderança, ele necessita estar relacionado primeiramente à PMC, conhecendo seus objetivos, normas, procedimentos, recursos; depois à equipe, atuando como líder, deixando claro o que espera da equipe, conhecendo, acompanhando, orientando, corrigindo os erros, propiciando o desenvolvimento profissional, realizando reuniões periódicas, promovendo a integração entre os funcionários e procurando manter a equipe motivada; em

terceiro e quartos lugares, à sua área de atuação e consigo mesmo, estando sempre bem informado, ser hábil nos tratos das pessoas, transmitindo informações e preocupando-se com seu auto-desenvolvimento profissional.

O papel do supervisor dentro da equipe de enfermagem passa pela questão de discussão das políticas geradoras de atuações técnico/profissionais, desde a administração das rotinas, até das insatisfações decorrentes de instabilidades do clima institucional, inerentes ao hospital público, tais como mudanças de diretoria, greves, atrasos no pagamento.

Mesmo inserido em um quadro caracteristicamente desgastado pela imagem que o servidor público tem junto à população, o supervisor de enfermagem precisa se manter atualizado e conviver com a constante “cobrança” de atualização dos componentes de sua equipe. Compete-lhe ainda servir como estimulador ativo junto ao seu grupo na busca do desenvolvimento profissional e na promoção da melhor atenção de enfermagem possível ao usuário do hospital.

Optamos por realizar entrevistas individuais, semi-estruturadas e gravadas com os supervisores de enfermagem a partir de seu entendimento dos objetivos do trabalho de pesquisa e de seu prévio consentimento (ANEXO 2).

No roteiro de entrevista (ANEXO 1), buscamos contemplar os tópicos elencados na definição do nosso problema, acrescidos de dados pessoais da história dos supervisores: a) caracterização profissional e pessoal do grupo; b) conceito e importância de educação continuada; c) a educação continuada no cotidiano do supervisor de enfermagem; d) a abrangência da educação continuada na área de atuação do supervisor de enfermagem; e) expectativas e críticas sobre a educação continuada no cotidiano do supervisor de enfermagem; f) elementos que influenciam no agir do supervisor de enfermagem em educação continuada.

Assim caminham-se os primeiros passos para uma interpretação das relações essenciais nesta pesquisa: educação e trabalho em saúde; conhecimento, trabalho e poder; a relação indivíduo, coletivo e instituição. MINAYO (1999, p.233) as denomina de “Categorias Analíticas” e, pela proposta metodológica que optamos, haverá um instante em que os dados colhidos serão analisados à luz dessas categorias, porém com novo olhar e com outra perspectiva, que surgirão após o processo de trabalho desses dados pela pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas nas dependências do hospital, mas em local mais afastado do ambiente de trabalho (uma sala de reuniões de um prédio anexo) com exceção de uma que realizamos em sala administrativa da área da supervisora entrevistada. Dos seis supervisores de enfermagem, entrevistamos cinco nos meses de julho e agosto de 2000. A sexta entrevista não se realizou, sendo a da pessoa que primeiramente convidamos e, durante o período desses dois meses, repetimos o convite mais três vezes. Recebemos respostas evasivas, porém nenhuma negativa. Decidimos não insistir. Os demais supervisores mostraram-se receptivos.

A princípio, a dúvida quanto à aceitação de estarmos realizando esse tipo de trabalho deixou-nos apreensivas. Imaginávamos que pudéssemos ser interpretadas como alguém que tivesse vindo colocar o dedo em uma ferida, que é o desempenho do supervisor na educação continuada.

Talvez a não aceitação fosse se concretizar devido ao cotidiano extremamente desgastante das supervisoras e nele quisemos penetrar como um elemento questionador.

Surpreendeu-nos o fato de que essa apreensão restringiu-se ao campo da nossa imaginação, pois observamos que se configurava uma espécie de momento precioso para as supervisoras. Algumas demonstraram que

precisavam daquele momento para assim fazerem uma pausa, para direcionarem um olhar de entendimento da própria atuação.

Alguns minutos no início das entrevistas se fizeram necessários, para que ambas pudéssemos sentir a confiança para uma conversa o mais franca possível. Nesses momentos expusemos com mais detalhes o objetivo da entrevista e um contrato entre nós, que baseava-se na utilização ética desse material no decorrer da pesquisa e após sua realização.

Houve revelações de aspirações, dúvidas, necessidades de trabalhar em solidariedade, enfrentamentos, angústias, frustrações, mágoas, avaliações sobre a profissão, e esperança. Muita esperança. Percebemos que existe com muita intensidade, a busca de se conseguir mudanças mesmo diante de todas as características do seu contexto enquanto enfermeiras inseridas nesse hospital.

Momentos de lágrimas e de risos ocorreram, talvez porque as perguntas iniciais referiam-se mais aos primeiros passos das supervisoras nessa instituição. Notamos que as entrevistadas fizeram uma busca em seu passado, desde a admissão e perceberam o quanto já realizaram e o quanto se sentiam merecedoras de reconhecimento.

Foram horas que para nós tiveram o valor de aliviar as incertezas iniciais e mostrar que as buscas que nos haviam impulsionado para o campo da pesquisa estavam concretizando a chegada do início de uma nova caminhada, que é o passo que se dá no concreto. É quando a práxis se revela. Assim, torna-se importante para o pesquisador cada minuto junto às pessoas que ele elegeu e que aceitaram colaborar com a sua investigação.

As entrevistas variaram entre uma e duas horas de duração, gravadas em dois gravadores visando garantir qualquer surpresa desagradável e também facilitar a transcrição. Ocorreram com apenas uma interrupção externa (atendimento do celular de uma entrevistada).

A operacionalização dos passos no processo de análise foi baseada na proposta de MINAYO (1999) e estruturou-se da seguinte maneira:

1. Ordenação dos dados:

1.1. Transcrições: As transcrições foram realizadas pela pesquisadora no mesmo dia das entrevistas, com a maior fidedignidade possível quanto aos detalhes (falas, pausas, risos, interrupções, gírias);

1.2. Releitura do material;

1.3. Organização dos relatos: A princípio tentamos realizar uma organização do tipo pergunta X resposta, no estilo de tabela. Esta maneira de organizar os relatos nos restringiu ao roteiro e percebemos que não teríamos condições de trabalhar esta fase com a dinâmica em que as respostas se apresentavam. Assim, elaboramos uma outra maneira de buscar a organização, elencando, à medida em que surgiam, os primórdios das categorias e das classificações dos dados. Aqui, procuramos tomar cuidado em omitir expressões que pudessem identificar o supervisor, tais como o local de trabalho e vícios de linguagem. Também excluimos repetições desnecessárias ao conteúdo.

2. Classificação dos dados:

2.1. Leitura e releitura dos textos, *“prolongando uma relação interrogativa com eles”* (MINAYO, 1999, p.235). Aqui, buscamos realizar uma captação dos sentidos relevantes dados pelos supervisores de enfermagem, confrontando também com nossas questões já estabelecidas. Nestes momentos não fugimos de novos olhares que foram surgindo, à medida em que ainda não havíamos chegado à exaustão das leituras e releituras. Algumas dúvidas ocorreram, como onde situar tal resposta, se na categoria “supervisor e o conceito de educação continuada” ou na categoria “supervisor e a prática da educação continuada”:

“ (...) Falar pra você o que é educação continuada, eu não sei porque nunca teve”.

Nesta fase sentimos dificuldades no desenvolvimento da prática hermenêutica-dialética, apesar de havermos tido em MINAYO (1999), indicações dos passos do processo. Devido aos nossos limites interpretativos, procuramos uma versão de hermenêutica-dialética, de SCHLEIERMACHER, teólogo, filósofo e filólogo alemão contemporâneo, na mesma escola (Universidade de Berlim) de Hegel:

“Seus argumentos são a inseparabilidade de pensamento e linguagem e a inexistência ou impossibilidade de uma linguagem universal. A própria linguagem seria a fonte da relatividade. (...) Tanto no pensamento puro como no saber, a “linguagem é a nossa pressuposição constante” (1999, p. 11 e 12).

O autor nos coloca a relação entre a hermenêutica e a dialética como sendo de dependência: a hermenêutica depende da dialética e esta mostra a possibilidade daquela. Como o pensamento puro se dá através de uma linguagem histórica, a hermenêutica e a dialética são também interdependentes com a gramática.

Tomando o mesmo método, porém, incrementando em nosso processo interior de entendimento as considerações de SCHLEIERMACHER (1999), sentimos mais segurança para darmos prosseguimento às análises das entrevistas e por fim chegamos à:

3. Definição das categorias

UMA BREVE EXPLANAÇÃO A RESPEITO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR, SUA INSERÇÃO POLÍTICO-SOCIAL, E O PERFIL DE SUA POPULAÇÃO USUÁRIA.

A política de saúde pública é hoje apoiada no Sistema Único de Saúde (SUS) que originou-se na 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1986) com enfoque nos princípios e diretrizes da participação social e da descentralização. Da 9ª Conferência (1992) desencadearam-se ações em nível de Ministério da Saúde que geraram a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-93), instrumento jurídico-institucional que credibilizou o SUS. Na cerimônia de abertura da 10ª Conferência, DRUMOND (1996) questiona a viabilidade da saúde no Brasil com uma política de desemprego e baixo salário.

Toda essa estrutura (SUS, NOB, descentralização, controle da população através dos Conselhos Locais) não é clara para a população. CANO (1997) associando resultados de opinião demonstra que a sociedade brasileira está confusa quanto à influência neoliberal vigente. A população convive com a realidade, percebe as mudanças, mas não identifica a origem das questões, quer por não ter acesso às informações, quer por não saber traduzir os problemas. Deve-se considerar que a taxa de analfabetismo é de 20%, segundo BENJAMIM (1997) e que o setor de saúde pública ainda está em fase inicial no combate às imensas desigualdades deste país.

MARTINS percebe como conseqüências do processo de globalização:

“aumento brutal da exploração dos trabalhadores em todos os cantos do mundo, nos últimos 10 ou 15 anos (...) e o aumento da exploração das economias dominantes sobre as economias dominadas no mercado mundial” (1997, p. 125 e 129).

A fala do governante do país é de que para acompanhar as evoluções da globalização produtiva e da globalização financeira, os estados

nacionais tendem a buscar alternativas de desenvolvimento. FERNANDES (1997) analisa que as medidas adotadas no mandato de Fernando Henrique Cardoso, que incluem os direitos trabalhistas e o sistema previdenciário, caminham para a desuniversalização dos direitos e benefícios, tornando-os mais instáveis e apresentando menores obstáculos a uma política de atração de investimentos no contexto da globalização, idéias que refletem o ideário neoliberal.

Em Campinas, a proposta municipal para o Setor Saúde, em concordância com as redefinições do Sistema Único de Saúde (SUS), baseou-se na efetiva municipalização e nos preceitos constitucionais legais de que a saúde é de relevância pública e direito de todos. Contudo as ações político-econômicas vêm determinando o não cumprimento deste plano de governo, assim como em outros municípios.

Inserido neste contexto, o hospital que focamos no presente trabalho é caracterizado pelo atendimento de urgência-emergência, localizado em região central de Campinas, totalmente subsidiado pelo SUS. A população usuária do hospital caracteriza-se principalmente, por homens entre 30 e 50 anos, socialmente pobres ou indigentes, na sua maioria oriundos de Campinas. A renda familiar, segundo levantamento do Serviço Social do Hospital em estudo, em 1997, configura-se entre zero e quatro salários mínimos para 72% dos usuários, correspondendo a menos de um salário mínimo por pessoa na família que geralmente possui quatro ou mais indivíduos (NAME, 1998).

Tendo dificuldades de obter documentação sobre a história do hospital, utilizamos alguns dados que conseguimos através de entrevistas informais com servidores antigos, em ocasião de comemoração dos 25 anos da instituição. Consta que desde 1973, quando da sua fundação, o atendimento era prestado apenas para indigentes. Aqueles que tinham INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) eram atendidos pela Casa de Saúde ou no Hospital

Irmãos Penteado. A partir de 1974, conveniado ao INPS, o Pronto Socorro amplia-se continuamente frente às necessidades da população.

Atualmente com 150 leitos, com um quadro funcional de 1547 servidores, dos quais 35%⁽¹⁵⁾ aproximadamente compondo o quadro da enfermagem, o atendimento ao público realiza-se através do Pronto Socorro Adulto (PSA), Ambulatórios e Pronto Socorro Infantil (PSI). Somente o PSA atende mais de 500 pessoas por dia.

Pela proposta do SUS a responsabilidade de gestão do sistema de saúde é transferida ao município. Através da Conferência Municipal de Saúde e dos Conselhos Locais de Saúde o exercício da cidadania é praticado com a socialização da discussão e formulação de propostas e diretrizes para as políticas de saúde locais.

Representantes dos usuários, dos trabalhadores da instituição e dos dirigentes fundaram em julho de 1998 o Conselho Local de Saúde (CLS), criado pela Lei Municipal nº 6547 (CAMPINAS, 1991 e 1998).

Com este fórum de debates tem início uma série de reflexões críticas sobre o papel de cada representante, ampliando-se as esferas e os níveis de discussão a respeito de quem é o cliente, a instituição e seus trabalhadores e como se dá a assistência.

(15) Segundo informações da gerência da Área de Administração de Recursos Humanos, em novembro de 2001 o quadro de servidores do hospital consta de 1547 profissionais, dos quais 453 são Auxiliares de Enfermagem, 19 são Técnicos de Enfermagem, 55 são Enfermeiros e 24 são Atendentes Hospitalares. Os demais dividem-se entre servidores da área administrativa e clínica, dos quais 375 são médicos.

Foi a partir destes debates que surgiu em reunião ordinária do CLS desta instituição, questionamentos, por parte da equipe de enfermagem, sobre a necessidade de atualizações técnicas e padronizadas. Nesta ocasião levantou-se também a questão da insegurança por parte dos profissionais, quanto às técnicas desempenhadas por enfermeiros e médicos.

Esta abordagem desencadeou uma série de discussões em vários segmentos das classes trabalhadoras, da administração e dos usuários, as quais tivemos oportunidade de acompanhar formalmente, participando da formação de um grupo de Educação Continuada Multidisciplinar, que fora vinculado ao projeto de trabalho do Diretor Clínico, até o momento de sua desestruturação, quando o Diretor Clínico foi substituído, em 1999.

APRESENTAÇÃO DAS SUPERVISORAS DE ENFERMAGEM ENTREVISTADAS NESTA PESQUISA

Todas as supervisoras entrevistadas são do sexo feminino. A seguir traçamos suas características profissionais de importância para o presente trabalho:

Supervisora A (S A): Trabalha na instituição há onze anos. Graduou-se na Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP). Na ocasião da entrevista estava naquela supervisão há um ano e dois meses e já passara por outras duas supervisões. Fez Licenciatura. Faixa de 40 anos, tem dois filhos.

Supervisora B (SB): Trabalha na instituição há doze anos. Graduou-se na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Na ocasião da entrevista estava

na supervisão há um ano e seis meses. Fez Licenciatura. Faixa de 35 anos, tem dois filhos.

Supervisora C (SC): Trabalha na instituição há nove anos. Graduou-se na PUCCAMP. Na ocasião da entrevista estava na supervisão há um ano e meio. Esta é a quarta vez que a entrevistada ocupa o cargo de supervisão. Tem especialização em Psicopedagogia. Faixa de 35 anos. Solteira, não tem filhos.

Supervisora D (SD): Trabalha na instituição há dez anos. Fez graduação na Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Adamantina. Especialização em Administração Hospitalar. Faixa de 35 anos. Casada, tem um filho.

Supervisora E (SE): Trabalha há cinco anos na instituição. Fez graduação e Licenciatura na Unicamp. Faixa de 30 anos. Casada e tem um filho.

CAPÍTULO II

REFLETINDO SOBRE A EDUCAÇÃO CONTINUADA

Observamos na enfermagem, que a educação continuada é considerada como diretamente relacionada à melhoria da assistência de enfermagem, o que pode ser constatado inclusive, através do problema que originou o presente trabalho.

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) relaciona o conceito de educação continuada em enfermagem com aquisição de competências resultando na progressiva melhoria do cuidado prestado.

A lei regulamentar do exercício da enfermagem⁽⁴⁾ determina que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde: “[...] *educação visando à melhoria de saúde da população*”. De fato é atribuição do enfermeiro atentar para a educação profissional de sua equipe para que o trabalho de enfermagem

(4) Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.

realizado seja o melhor possível dentro de cada realidade de organização de assistência de saúde.

No presente capítulo pretendemos estabelecer uma relação entre como se insere a educação continuada nos hospitais e os fatores relacionados à sua prática sob o olhar do trabalho dentro de um contexto social. Pontuamos aspectos da trajetória social do trabalho para podermos buscar a compreensão de suas conseqüências como o desemprego (e a situação de desemprego em potencial vivida pelos trabalhadores), de precarização social, o pensamento neoliberal e a busca da sobrevivência.

Introduzimos também a discussão sobre o conceito de educação continuada⁽⁵⁾, as expressões empregadas para exprimir o termo na área da saúde e as ligações dos conceitos e empregos da própria educação continuada ⁽⁶⁾, tendo como pano de fundo a discussão sócio-econômica.

Para tanto, buscamos na História que o trabalho foi se constituindo primeiramente como marginal e depois como o centro da sociedade, com demandas de uma série de questões sociais como saber e ser trabalhador assalariado quando então, são criados mecanismos que fixaram o trabalhador por longos períodos. Com o aumento dos conflitos, os trabalhadores conquistaram alguns direitos sociais (no Brasil: Confederação das Leis trabalhistas, nas décadas de 30 e 40).

(5) Este trabalho pretende se restringir ao âmbito de instituição pública.

(6) Vários trabalhos já se propuseram a rever uma evolução histórica da educação continuada em enfermagem. Como tal abordagem foge ao escopo do presente trabalho, sugerimos ao leitor as obras de AROUCA (1996), BAGNATO (1999), CARRILLO (1991), CHOMPRÉ (1991) .

Ilustrando um pouco essa nossa trajetória de raciocínio histórico, reportamo-nos à época do fordismo (iniciado com Henry Ford em 1914 com a introdução do dia de oito horas com cinco dólares por essa jornada para os trabalhadores das linhas de montagem dos carros). Nesta ocasião foram-se moldando os tipos de trabalhadores mais adequados às linhas de produção:

“Em 1916, Ford enviou um exército de assistentes sociais aos lares dos seus trabalhadores “privilegiados” (em larga medida imigrantes) para ter certeza de que o “novo homem” da produção de massa tinha o tipo certo de probidade moral, de vida familiar e de capacidade de consumo prudente (isto é, não alcoólico) e “racional” para corresponder às necessidades e expectativas da corporação” (HARVEY, 1992, p. 122).

Ora, ao mesmo tempo em que se criavam artifícios em prol da constituição de necessidades e de uma sociedade de consumo capaz de alimentá-las, os excluídos dessa roda-viva iam ficando cada vez mais insatisfeitos. Naturalmente surgiram barreiras a tão complexo sistema de controle e subordinação do homem, surgindo sentimentos de insegurança que produziram movimentos de rebeldia contra os critérios determinantes do acesso aos empregos, tais como raça, gênero e origem étnica. O autor cita essa situação como:

*“Sem acesso ao trabalho privilegiado da produção de massa, amplos segmentos da força de trabalho também não tinham acesso às tão louvadas alegrias do consumo de massa. Tratava-se de uma fórmula segura para produzir insatisfação. (...) E o choque da descoberta de uma terrível pobreza em meio à crescente afluência (exposta, por exemplo, em *The other América* de Michael Harrington) gerou fortes contramovimentos de descontentamento com os supostos benefícios do fordismo” (id. p.132).*

Assim o fordismo começou a dar lugar, através de anos de luta (pois alcançou sua maturidade em 1973), a uma outra busca de equilíbrio entre o

Estado com seu poder institucional e o trabalho corporativo, surgindo daí, uma flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados e padrões de consumo.

É nessa altura da história que a globalização surgiu, e surgiu com poder, pois coincide com o avanço tecnológico das comunicações e dos transportes. Apareceram setores novos na produção. O mundo financeiro conheceu novas formas e mercados com taxas flexíveis. As desigualdades nas produções de diferentes países ficaram evidentes e surgiram trabalhadores mais enfraquecidos de várias formas. Essa exploração dos trabalhadores não conheceu muitos limites e são árduos os movimentos que conquistaram mais direitos. Ao contrário, novos tipos de serviço, subcontratações, contratos de trabalho com prazos determinados, trabalhos em tempo parcial tornaram o mundo do trabalho bastante heterogêneo. Nas grandes empresas exigiram-se flexibilidades funcionais, multiquificações, qualificações permanentes e o individualismo tomou forma de instância crucial para sobrevivência.

Nos parece claro que as políticas públicas vinculadas aos governos caracteristicamente neoliberais irrompem uma situação instável e triste, pois geram desempregos. Em BORON (1999) encontramos uma análise bem clara e real a respeito da situação pela qual passam os países que são sujeitados a essa política. O autor analisa as reformas econômicas como “contra-reformas”, as quais aumentam as desigualdades econômica e social. Exemplificando com o caso do México relembra que no início dos anos 90 os governantes:

“eram os heróis cujas fotos ilustravam as primeiras páginas de jornais e capas de revistas da comunidade financeira internacional, (...)” (id. p. 12).

Hoje sabemos que houve escandalosas revelações de corrupção e que o presidente transformou-se em fugitivo da justiça. Na Argentina, com o fracasso do plano econômico, a situação piorou dramaticamente:

“o desemprego, cujas taxas atuais quintuplicam a média histórica da Argentina, o aumento da pobreza e a pauperização das classes médias; o colapso das economias regionais; o incontível déficit fiscal e o avassalador aumento da dívida externa” (id. p.12 e 13).

O desemprego é a “ponta do iceberg” que emerge dos conflitos sociais desde à época da Revolução Industrial.

A diminuição dos direitos sociais dentro do aumento da economia são elementos que, segundo CASTEL (1998), são geradores da precarização social, e para HARVEY (1992) nos levam à flexibilidade.

O fato de conviver-se com o desemprego à volta da população leva aqueles que têm algum emprego a observarem-se em situações tais como: aumento da intensidade do trabalho, aumento de novas formas de atuação nas instituições, diminuição do tempo de trabalho e a possibilidade do desemprego, culminando na “ponta do iceberg”: o próprio desemprego. DUBAR (1998) mostrando-nos um interessante e complexo desenvolvimento da discussão sobre o futuro do trabalho na França, considera essas situações como triunfo do capitalismo liberal.

No Brasil, GIRARDI (1996), em análise sobre esta questão, situa três tipos de desemprego: o “conjuntural” (ligado à política econômica); o “tecnológico” (ligado à introdução de novas tecnologias que poupam e racionalizam o trabalho (esse tipo de desemprego, costumamos associar ao bancário, que substituiu pessoas que faziam atendimento no balcão, que faziam sistema de compensação à noite, etc, por máquinas altamente eficazes)) e o “de exclusão” que decorre da desqualificação. Na saúde, PIRES (2000) aponta que apesar do avanço tecnológico, poucas são as inovações em níveis de organização e/ou gestão para enfrentar as situações, porém mostra que o desemprego nessa área ainda não é notado.

Diante do paradigma social da possibilidade de exclusão pelo qual vínhamos atravessando, elegemos como exemplo de dentro do órgão encarregado pela fiscalização da enfermagem do Estado, um artigo que estimula a busca de especialização como uma garantia de empregabilidade:

“Com as novas exigências do mercado de trabalho, a especialização tornou-se uma das poucas garantias na busca da empregabilidade, nos vários segmentos de atuação profissional, inclusive na área da saúde. Seguindo a tendência mundial, a Enfermagem brasileira, com destacada atuação na assistência de saúde, vem buscando cada vez mais esse caminho (...) a especialização em Enfermagem é um fator chave para quem quer ser bem-sucedido na carreira, uma vez que o avanço tecnológico e sua aplicação na medicina vem tendo um grande impacto na assistência de saúde” (p. 11).⁽⁷⁾

A defesa da especialização como “garantia da empregabilidade” nos mostra a importante vantagem competitiva defendida e com a qual parece se preocupar (assim como os trabalhadores que vendem sua força de trabalho), a entidade representativa do enfermeiro. Tal afirmação merece ser examinada com mais cuidado, pois pode estar representando uma concordância, talvez pouco crítica, com os aspectos neoliberais caracterizados pela política sócio-econômica vigente em nosso país. Também DZELVE and SCCAF (2000), nessa mesma linha nos dizem que a enfermeira precisa se preparar para a adaptação às mudanças, adquirindo conhecimentos de forma seletiva, aumentando assim sua qualificação profissional.

Fica-nos mais claro perceber que o saber é uma “mercadoria-chave” (HARVEY, 1992, p. 151) e o trabalhador enfermeiro também é inserido em tal momento de possibilidade de precarização, assim como a maioria dos trabalhadores. Por isso é incontestável a necessidade contínua de atualização

(7) Revista do Conselho Regional de Enfermagem – publicação oficial. Ver bibliografia.

relacionada à revolução tecnológica, que vai infiltrando nos serviços de saúde, com ênfase no hospital pela complexidade que o caracteriza, mecanismos que se tornam incorporados à manutenção da vida, ao diagnóstico clínico e a transformações de processos que há pouco tempo atrás envolviam cirurgias em procedimentos invasivos de menor risco às pessoas. Os trabalhadores buscam uma constante aprendizagem, sendo pressionados a uma ágil adaptação às inovações no âmbito da ciência e da tecnologia. Para eles a atualização em tecnologias sofisticadas pode garantir a continuidade de seu vínculo empregatício e pode significar uma adaptação aos tempos e às rápidas mudanças, para que possam sobreviver competitivamente tendo uma idéia de êxito, assim como recomendam as forças “*supostamente naturais e involuntárias do mercado*”, como vemos em CORAGGIO (1996, p.80), em análise dos sentidos da política social.

Deste modo, procuramos enfatizar que o individualismo gerado pela flexibilização ⁽⁸⁾ faz parte de um capitalismo organizado, que conserva as características deste, desde a sua teoria construída por MARX e clareadas em HARVEY, que são:

(8) O termo flexibilização aqui neste contexto baseia-se no que HARVEY (1992) considera como um regime de acumulação que o sistema capitalista associou após à crise do Fordismo, com regulamentação política e social, caracterizado por surgimento de setores de produção, novos mercados, taxas de inovação comercial, tecnológica e organizacional, envolvendo entre outros aspectos, uma compressão de espaço/tempo no mundo capitalista com estreitamento das decisões, comunicações via satélite e queda dos custos de transportes. Essa estratégia permite maiores pressões dos empregadores sobre o controle do trabalho, um enfraquecimento do poder sindical, rápida destruição/construção de habilidades, entrando no terreno da educação continuada, níveis altos de desemprego estrutural gerando grande oferta de mão de obra excedente e contratos flexíveis, tais como jornada de trabalho não condizente com a contratual, aumento de trabalhos parciais, subcontratações com aumento da taxa de rotatividade por insegurança de emprego de alguns grupos mais expostos, com menores especialidades, com menores qualificações e competências. Estes são alguns dos muitos efeitos da flexibilização do capital. Tais “saídas de escapes” do capitalismo demonstram as condições marxistas do mesmo, principalmente a de que o capitalismo é dinâmico e inovador.

“1. O capitalismo é orientado para o crescimento (lucros); (...) 2. o crescimento em valores reais se apóia na exploração do trabalho vivo na produção (...); 3. o capitalismo é, por necessidade, tecnológica e organizacionalmente dinâmico (...) mas a mudança organizacional e tecnológica também tem seu papel-chave na modificação da dinâmica da luta de classes (...)” (1992,p. 169-170).

Desse ponto, introduzimos a discussão sobre o poder de controle das ações do trabalhador: a manipulação através da educação (CAMPOS, 1985).

Entendemos que não está sendo introduzida uma nova discussão, mas sim, que a discussão não pode prosseguir sem que vejamos outra face do mesmo problema.

Buscamos em FOUCAULT a história da reorganização dos hospitais, que se deu não *“a partir de uma técnica médica”*, mas *“essencialmente, a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina”* (1999, p. 105). A disciplina remonta desde as legiões romanas, porém foram nos séculos XVII e XVIII que o poder disciplinar foi trabalhado como uma forma de gestão de pessoas. Talvez ironicamente ou perversamente, podemos ainda hoje encontrar exatamente essa mesma política, com esse mesmo fim. No caderno de Classificados de jornal de grande circulação no país, encontramos um anúncio ocupando um quarto do espaço da página, que podem exemplificar o que dizemos:

“11º Fórum RH (11º EXPO RH – Salão de Negócios) “A hora e a vez da Nova gestão de Talentos”. 20 a 22 de junho/2001 – Salvador – Bahia, com as seguintes palestras e painéis: A nova gestão de talentos; Desafio de gerar resultados através das pessoas; plasticidade cerebral; RH operacional X RH estratégico; Talento para ser feliz e competitivo; Líderes de Vanguarda (...) (CADERNO CI. 2001).

FOUCAULT assim nos descreve a continuação de sua narrativa sobre a história da disciplina:

“Fala-se freqüentemente, das invenções técnicas do século XVIII – as tecnologias químicas, metalúrgicas, etc. – mas, erroneamente, nada se diz da invenção técnica dessa nova maneira de gerar os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder susceptível de controlá-los (1999, p. 105).”

O autor atribui à disciplina a arte de distribuição de indivíduos; o controle do desenvolvimento das ações; uma vigilância perpétua dos indivíduos (daí o surgimento dos sistemas de graus do exército, das paradas, revistas, desfiles, etc); um registro contínuo, que mede, julga, localiza, examina individualmente. Surge daí o estímulo à individualidade, no exercício da busca do poder e do próprio poder. Nesse contexto o hospital se origina, com disciplinaridade de função terapêutica, para vigiar e organizar os doentes desde o ar que respiram, à água que bebem, à etiqueta identificadora; registros de entrada e saída, etc. Com os avanços dos conhecimentos médicos sobre influência do meio nas doenças, o sistema de poder que era detido pelas religiosas e leigos (que mantinham a vida cotidiana do hospital) é transferido para os médicos, pois então os hospitais têm a função social de curar tentando diminuir o número de mortes dos soldados (os quais demandavam alto custo na sua formação), assim como de epidemias. Nessa época começa-se a perceber que a função do hospital é prejudicial à sociedade, se ao contrário de buscar a cura ele constitui-se em fonte de doenças. Surgem assim os registros de diagnósticos, receitas, tratamentos, etc.

Analogicamente, encontramos nos hospitais de hoje, os poderes médico e disciplinar. A burocracia gerencial é tão importante que ocupa espaços físicos grandes. A enfermagem gerencia a enfermagem, levando àquilo que o autor denominou de vigilância e registro contínuos das pessoas e do desenvolvimento das ações: o enfermeiro faz as escalas de folgas e de férias da equipe de enfermagem, ensina técnicas de enfermagem; elabora manuais de

rotinas e procedimentos; promove e pune disciplinarmente. Porém, seu poder termina em si mesmo e no paciente, principal objetivo de seu trabalho, na maioria das situações. Quando FOUCAULT discute sobre os corpos dóceis, está também falando sobre as disciplinas e seu poder sobre as pessoas:

“A escala, em primeiro lugar, do controle: não se trata de cuidar do corpo, em massa, grosso modo, como se fosse uma unidade indissociável mas de (...) exercer sobre ele uma coerção sem folga, de mantê-lo ao mesmo nível da mecânica – movimentos, gestos, atitude, rapidez: poder infinitesimal sobre o corpo ativo” (1987, p.126)

e também *“A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis””* (id. p. 127).

Tais “corpos dóceis” fazem parte do movimento taylorista que permeia a enfermagem desde o início do século XX. SEGNINI (1998) conceitua o taylorismo dentro de uma visão capitalista como um tipo de administração tão organizada racionalmente a ponto de formar um tipo adequado de homem para desenvolver e manter o capitalismo (tal qual o fordismo). Como conclui SOLER (1993), a enfermagem em uma estrutura burocrática capitalista, legitima a hierarquia do poder, da divisão social e técnica do trabalho, sendo a personagem enfermeira o agente empregado pela classe dominante para a construção dos “corpos dóceis”.

Por essa razão, concordamos com MARIN (1995) quando, estudando alguns termos utilizados sobre educação voltada para adultos, se refere ao termo “treinamento” como inadequado, pois o mesmo não depende, nem tampouco estimula a inteligência e sim o automatismo, ou seja, no dizer de FOUCAULT (1987), seria disciplinador e fabricante de “corpos dóceis”. Podemos incluir na lista de termos fabricantes ou estimuladores de corpos dóceis, outros como “reciclagem” e “adestramento”.

Em BAGNATO (1999, p. 84-85) percebemos que profissionais enfermeiros entrevistados citam como objetivos da educação continuada, termos como *“treinamento dos funcionários”*; *“desenvolver recursos humanos”*; *“(…) levando-lhes mais conhecimentos”*, palavras estas, que parecem corroborar com o ideário do capitalismo. Porém também encontramos expressões que dialogam com CAMPOS (1985), onde a educação tem condição de além de atingir os objetivos da empresa, ajudar a elevar o indivíduo à condição de pessoa humana.

Do nosso ponto de vista, o objetivo da educação continuada ou educação permanente ou formação continuada (termos considerados similares por MARIN, 1995), ou mesmo *“orientação”* (empregado por MORGAN, 1992, como recepção do trabalhador na instituição) não contempla o imediatismo, tal como uma preparação para atividades práticas, pois assim ignoraríamos a realidade do uso do trabalhador na manutenção do sistema poderoso e multifacetário de exploração capitalista. Estaríamos ignorando o valor da dignidade da pessoa enquanto ser.

Em FRIGOTTO et al. (1993), encontramos uma aproximação daquilo que buscamos, quando expõem sua compreensão sobre pré-requisito de sistematização do conhecimento, que é o resgate do conhecimento, sua socialização e reunificação dos saberes fragmentados dos trabalhadores coletivos, acrescidos à articulação com suas dimensões históricas, humanas e sociais, tudo isso se confrontando com a teoria, em busca de elaboração de novas teorias e construção de uma nova sociedade.

Entendemos que tal busca se aproxima àquele conceito que PAIVA (1994) aponta como *“qualificação-chave”*, no qual a educação mais ampla, mais abrangente tem mais valor do que a educação meramente instrumental. Devido às mudanças imprevisíveis e exigentes, decorrentes da tecnologia, ao trabalhador estimula-se a capacidade de aprender e agir superando os conflitos que naturalmente surgem com as mudanças. Também neste caso deparamo-nos

com a terminologia “competência” relacionada à qualificação-chave. A autora cita competências sociais (capacidade de gerenciar conflitos, etc); competências pessoais (autonomia, interdependência); competências metodológicas (método de trabalho e aprendizagem; reflexão crítica; etc) e competências ligadas à negociação.

Buscamos então trabalhar um pouco mais com o termo competência, o qual, no nosso entender, carrega mais de uma interpretação e vem sendo empregado sem restrição nas áreas trabalhista e de educação.⁽⁹⁾

Percebemos que o termo competência se relaciona à presunção de igualdade, concorrência, confronto, conflito, luta, oposição (além da capacidade legal de apreciação e/ou capacidade para apreciar e resolver qualquer assunto) (COMPETÊNCIA, 1994). Este termo surge com maior ênfase e com determinados interesses, na época da crise do sistema taylorista/fordista, da globalização da economia e competição acirrada dos mercados com as demandas que se tornaram comuns em nosso período histórico, tais como melhora da qualidade dos produtos levando-nos ao mundo da flexibilização, já discutido no presente capítulo.

Encontramos em PERRENOUD (1999) um conceito relacionado à capacidade do indivíduo, em determinada situação, de agir lançando mão de seus conhecimentos, porém não se limitando a eles. O autor exemplifica a afirmação com o uso da medicina por um bom clínico, que ao se deparar com uma situação concreta não recorre às memórias da sala de aula ou

(9) Estamos diante de uma obrigatoriedade legal, a Resolução nº 4, de 8/12/1999, da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação, que trata de competências profissionais da área da saúde. Também das Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em enfermagem (Resolução CNE/CES nº 3, 2001), em cujo documento encontra-se o perfil esperado do bacharel, cujas competências técnico-científicas, ético-políticas e sócio-educativas permitem-no atuar de forma muito próxima do ideal, junto à equipe multidisciplinar, à população, à sua própria equipe.

a problemas específicos ditados pelos professores ou por livros, mas associa os seus conhecimentos, relaciona-os, interpreta-os, infere, inventa e assim constrói operações mentais realizando uma solução para o caso apresentado. Não se limita somente aos conhecimentos.

DUBAR (1998) estabelece um contraponto com a expressão “competência”, empregada ao final dos anos 80 pelos peritos, substituindo “qualificação” e significando uma ligação direta com os objetivos da empresa e de sua competitividade. Também MEGHNAGI (1998) interpreta competência profissional dentro de um contexto das mudanças dos tempos, das profissões e dos contextos sociais e econômicos, sendo um empreendimento de conhecimentos múltiplos envolvendo ações e decisões, resultando na qualidade do desempenho.

Chegamos a encontrar artigos que levam o leitor a associar competência (melhor desempenho profissional) com o aumento no número de cursos (PETERSEN, 1997).

Em questionários abertos com enfermeiras respondendo à pergunta “o que você espera de uma enfermeira competente?” obteve-se que uma enfermeira competente tem habilidade para criar uma boa atmosfera; concentrada no paciente, sempre tem sentido humanitário; ensina e instrui; organiza, estabelece prioridades; usa seus conhecimentos teóricos e é hábil para usá-los na prática (HINDSEN and FRIDLUND, 1995). Essa descrição de competência esperada de enfermeiras, vem da Suécia. Certamente consideramos essa semelhança com a descrição de competência profissional vinda dos órgãos pertinentes do governo brasileiro, no mínimo estranha, visto que a Suécia é um país com características sociais, econômicas, culturais, históricas e políticas bem diferentes das nossas e no nosso ponto de vista a significância do termo, por relacionar-se com o trabalhador ou educando, deve estar intimamente ligada ao contexto onde se trabalha ou se educa. Observamos que o termo é claro nas

exposições, pois relacionam competência com capacidade individual, uso do conhecimento, desempenho profissional, capacidade de adaptação, habilidade, entre outros⁽¹⁰⁾.

Nesse ponto da discussão, não nos consideramos satisfeitos com os componentes das definições de competência, que ora próximos ao pólo da capacidade ora próximos ao pólo da competitividade, relacionam-se ao desempenho das pessoas enquanto trabalhadores apenas. Não conseguimos verificar a aliança do termo com um respeito ao ser humano como um indivíduo integral com vida social fora do ambiente de trabalho. Sentimos que falta alguma discussão que contemple o outro lado, o lado do indivíduo. Por isso, buscamos a discussão sobre esse tema em SCHWARTZ, que considera como um *"problema real"* (1998, p.102) a avaliação das competências no trabalho e só trata dessa avaliação vinculando-a ao conceito da *"indústria humana, no seu sentido mais genérico e enigmático"* (id. p. 108) e ao conceito de trabalho social enquanto emaranhado na troca mercantil. O autor nos diz que a manifestação de competência decorre das complexas negociações do homem com as normas impostas pelo trabalho; com os valores; as atividades; os protocolos; as experiências. Indo mais longe observa que alguns ingredientes compõem a competência (que ele classifica como competência industriosa) e são heterogêneos entre si, não podendo ser avaliados de modo eqüitativo uma vez que não se dispõe de uma escala absoluta para medir valores.

(10) Embora estejamos fazendo uma comparação entre conceitos de um grupo de profissionais para uma representatividade oficial nacional, entendemos que talvez possa ser significativa. A Suécia é um país cujas condições de saúde são boas, promove o bem-estar de seus cidadãos; para fins de contextualização: a mortalidade infantil é baixa (4,8/1000/em 1993; no Brasil é de 60/1000/em 1994). (SUÉCIA, 1977).

Organizando o texto, o mesmo atribui à atividade de trabalho três diferentes pólos:

1. a apropriação de saberes conceituáveis;
2. a apreensão das dimensões históricas da situação e
3. a problemática de enfrentamento de valores pela qual passa todo indivíduo que se situa diante de uma convocação de determinado trabalho.

O autor refere uma relação entre a definição das competências desejadas (posto de trabalho) com a real atividade que o titular do posto de trabalho desempenha e faz uma referência de que tais relações são definidas como “*dramáticas*” (id.p.107), pois denotam o uso de si (pessoa/ trabalhador) por outrem. O mesmo segue concluindo que por haver tal heterogeneidade entre os ingredientes da competência, há uma relação entre eles que não se pode antecipar.

Deste modo a problemática da avaliação das competências no trabalho é tão ambígua, quanto o conceito de trabalho assim como a sua definição é uma realidade vaga.

Cabe-nos perguntar se quando falamos de educação continuada falamos sob o ponto de vista empresarial ou sob o ponto de vista do trabalhador enquanto sujeito que enfrenta as “*dramáticas do uso de si*” dentro de uma sociedade econômica e socialmente comprometida com estruturas externas e mandatárias da política interna, ou sob o ponto de vista da população que busca o serviço.

Entendemos a dificuldade pela qual passa o enfermeiro diante da demanda hospitalar e da própria profissão, de se responsabilizar pela educação continuada na instituição, porém percebemos que SCHWARTZ nos leva a repensar o caminho quando queremos estabelecer competências, pois não podemos mais desconsiderar que o indivíduo além de ser respeitado como trabalhador, precisa do respeito aos seus valores enquanto sujeito histórico.

À luz dos referenciais de que grandes são as mudanças políticas e econômicas; de que tais mudanças nos levaram a um mundo onde imperam a globalização e o neoliberalismo; de que a flexibilização permite ao regime capitalista uma alternativa forte de resistência às mudanças; de que há um poder de controle das ações do trabalhador através da disciplina (existe uma forte tendência “docilizadora” dos trabalhadores de enfermagem); de que o trabalho, por ser uma troca mercantil, torna-se lugar de um problema e assim deve ser visto pelos educadores que se considerem críticos quando do estabelecimento de competências em níveis educacionais formais e/ou no trabalho, prossigamos na discussão sobre educação continuada.

Buscamos em FREIRE (1987) nosso referencial para tal tema e o mesmo nos envolve com suas idéias que creditam ao homem a capacidade de criar, e propõe uma ação pedagógica onde educador e educando se educam, tornando-se sujeitos do processo, onde não valem autoritarismo nem enciclopedismo, nem transmissão do conhecimento ou depósito de conhecimento pré-determinado e acabado. Ao contrário, entende o homem como um ser inserido em sua cultura e em sua história, que são inacabadas. Consciente de que é inacabado e inconcluso, portanto em constante mudança. Este ponto de partida respeita o ser humano e muda a concepção de relação pedagógica.

Paulo Freire propõe uma educação que se estrutura de maneira menos arrogante pelo professor, com novos conceitos de aprendizagem, visando o respeito ao interlocutor. Podemos hoje ter as cartilhas que nos alfabetizaram apenas na memória, visto que esses conceitos, aos poucos, se infiltram nas mentes e se espalham através das editoras e das políticas das escolas. Talvez o aluno, em alguns lugares, não tenha mais que aprender a ler com “vovó viu a uva” sem saber o que é uva, com apenas uma figura como concreto.

Concordamos com CAMPOS quando analisa a educação como meio de mudança social:

“ (...)é o meio por excelência de elevar o indivíduo à sua condição de pessoa humana, pois não há possibilidade de se desenvolverem personalidades humanas em isolamento. É a educação que vai permitir ao indivíduo abrir seus horizontes e se sentir plenamente membro da comunidade mais humana(...)”, (1985, p.11-12).

Porém, o mesmo também vê o uso da educação como uma maneira de manipulação (“política social”): *“(...) e tem sido usada por qualquer tipo de sociedade, seja ela estável ou em mudança, com o fim de modelar a personalidade de seus membros visando atingir os objetivos conscientes ou inconscientes que se tem em mira”* (id.p.12).

Exemplificamos tal afirmação em algumas condições específicas, como na idéia de qualidade total em instituições, quando se desvinculam as abordagens de temas que contextualizam o trabalho como missão e estratégia da empresa, ritmo de trabalho, tipo de produto, a não ser que sejam para aumentar a produtividade ou o ritmo de trabalho. TREJOS (1997) analisa que o processo de qualidade total em empresas é representativo de um intenso trabalho ideológico e educativo, análise da qual partilhamos, e define qualidade total como a extração de conhecimento do trabalhador pela empresa, visando melhoria da qualidade do produto e do processo de produção porém, não visa a participação nem a confiança ou auto afirmação dos participantes. Há uma necessidade de refletirmos acerca das contradições das estruturas do trabalho e buscamos apoio no processo educativo para alguma contribuição importante na superação de tais adversidades (PIRES, 1997).

A educação para ser um bem, precisa ser emancipatória, permitir ao homem a percepção dos fenômenos, se assim não for, ela se transforma em um instrumento opressivo (ANGELO, 1994).

A “educação é por natureza contraditória” pois ao mesmo tempo em que lhe é impressa a conservação do objeto a ser “aprendido” lhe é permitida a criação através da reflexão, da crítica, levando à reformulação (PINTO, 2000, p. 34). Segundo o autor, só assim a educação se torna útil, não sendo apenas uma repetição proibitiva da criação. Portanto, pensamos que promover o encontro do trabalhador com sua prática, tendo como embasamento a reflexão, é proporcionar, provocar e conduzir condições para que ele possa iniciar e desenvolver processos íntimos que o levem a um melhor desempenho de sua profissão respeitando a si mesmo enquanto indivíduo compositor de sua história e enquanto indivíduo conhecedor de seu contexto social, político e econômico. Tal ação permitirá o desenvolvimento do trabalhador enquanto profissional, social, ético, moral e crítico; enfim, ser humano reflexivo e criador, capaz de transformar e (re) criar a realidade que o cerca.

Segundo FAURE e HERRERA (1973), a educação permanente se concebe como um continuum existencial que dura toda a vida (também UNESCO (1966)⁽¹¹⁾ apud RODRIGUES (1984) e A. N. A. (1992)⁽¹²⁾ apud PEREIRA, 1998).

Utilizando o QUADRO 1 (ANEXO 5), algumas definições sobre educação continuada (ou termos utilizados em saúde, para designá-la) permitem-nos acessar terminologias variadas, como Aperfeiçoamento, Aprendizado não tradicional, Capacitação, Educação Avançada, Educação Contínua, Educação Continuada, Educação de Adultos, Educação em serviço, Educação Permanente, Educação em Saúde, Formação Continuada, Formação Pessoal, Orientação, Reciclagem,

(12) A.N.A. Roles and responsibilities for continuing education and staff development across all settings. *A.N.A. Public*, v. coei 6, n. 10M-Pii, jun. 1992, p. 1-14.

(11) UNESCO: nova estratégia para a educação. *Rev. Bras. Est. Pedag.*, Brasília, v. 59, n°. 129, p. 157-172, jan-mar, 1973.

Treinamento e Treinamento de Competências, de onde podemos considerar que:

1. Existe uma época limite que marca o início da Educação Contínua, sendo a partir do ensino formal (OPS, 1973; VILLALPANDO-CASAS, GUTIÉRREZ-TRUJILLO e NUÑES-MACIEL, 1994; DAVINI (1994)⁽¹³⁾ apud RIBEIRO e MOTA, 1996; OMS, 1982). Segundo FREIRE (1997), o homem é um ser inacabado e inconcluso, em constante mudança, portanto, subjetivamente, não podemos predizer início ou fim de um processo de educação;

2. Os objetivos são relacionados em sua maioria, à atenção profissional. Poucos associam o crescimento pessoal também como objetivo, o que nos permite à conclusão de que o utilitarismo seja um pensamento predominante na questão. Várias são as situações de educação continuada em enfermagem que nos hospitais têm como objetivo a padronização de procedimentos de enfermagem e a melhora do desempenho dos profissionais (PEREIRA, 1998). O treinamento é um instrumento que visa uma atenção mais atual sobre as técnicas de enfermagem e assistência, maior qualidade. Porém não observa que haja necessariamente como objetivo, um crescimento do trabalhador enquanto indivíduo inserido nessa instituição, participante do todo, em todos os seus aspectos. Existe a necessidade clara dos hospitais públicos quanto à qualidade da assistência de atenção à saúde. Existe o reconhecimento de necessidade de promoção de educação continuada dentro das equipes de enfermagem. Existe também a constatação de que se busca o alcance de competências por parte dos trabalhadores de enfermagem, competências tais que dêem à população que procura nas instituições uma atenção de

(13) DAVINI, M. C. Practicas Laborales en los servicios de salud: las condiciones Del Aprendizaje In Educación Permanente de Personal de salud. *Série Desarrollo de recursos humanos*, nº. 100. Organización Panamericana de la Salud, 1994.

enfermagem de qualidade (MARIN, 1995; A. N. A. (1992, p. 5)⁽¹⁴⁾ apud PEREIRA, 1998; OMS, 1982; RODRIGUES, 1984; MEJIA, 1986). Muitos outros trabalhos exemplificam o emprego da educação continuada como instrumento utilitário à instituição para melhoria da assistência, sem ênfase no trabalhador e sim no trabalho. Podemos citar alguns: revisão de técnicas e rotinas e atualização de patologias em UTIs (KOIZUMI et al. 1998); capacitação para melhoria da assistência de enfermagem ao paciente laringectomizado (RIZZO, 2000); programa fundamental para suprir determinadas demandas específicas, tais como melhoria da atuação e atualização do enfermeiro na prática e prevenção de infecção hospitalar (SANTOS, 1997); treinamento em enfermagem (CAVALHEIRO, 1993) e educação continuada para melhoria da assistência de enfermagem (SANTOS e PAIVA, 1987). Chamamos a atenção para o artigo que em muito se aproxima do tema que originou o presente trabalho: o resgate da importância da Anotação de Enfermagem, direcionado a técnicos e auxiliares de enfermagem, trabalhadores em uma Unidade de Tratamento Intensivo, com objetivo de demonstrar o quão importante é a anotação para a elaboração dos cuidados de enfermagem prestados. As autoras (enfermeiras) constataram que a “reciclagem” (termo utilizado no título e no corpo do trabalho) tem grande valor para o funcionário e para a melhoria da qualidade da assistência. Esta educação continuada, considerada como instrumento das instituições, também reforça a fragmentação do cuidado e a divisão de tarefas, formalizados nos postos de trabalho (RIBEIRO e MOTA, 1996).

(14) A.N.A. Roles and responsibilities for continuing education and staff development across all settings. *A.N.A. Public.*, v. coei 6, n. 10M-Pii, jun. 1992, p. 1-14.

3. A terminologia “Educação Continuada” nesse estudo, se relaciona de modo congruente com outros termos citados no quadro, de maneira mais próxima a: “Educação Permanente” ou “Educação Contínua” segundo VIDAL et col. (1986), “Educação Permanente, Formação Continuada, Educação Continuada”, segundo MARIN (1995) e “Educação Continuada”, segundo BAGNATO (1999). Assim, reconhecemos que estes termos citados sejam coerentes, por se assemelharem conceitualmente com o entendimento dado neste trabalho. Diferentemente de termos como “Aperfeiçoamento” (MARIN, 1995), “Capacitação” (id. 1995), “Educação Avançada” (SILVA e RUIZ, 2001), “Orientação” (MORGAN, 1992 e A.N.A. apud PEREIRA, 1998), “Reciclagem” (MARIN, 1995), “Treinamento” (id, 1995 e CUNHA, 1999), “Adestramento inicial” (empregado na definição da OMS, 1982), os quais não se compatibilizam com a concepção de educação freireana que norteia esse estudo.

4. Atividades diversas podem fazer parte da educação continuada como cursos, oficinas, vivências, discussões, etc, (BAGNATO, 1999). Encontramos porém dificuldades quanto à oportunidade de servidores participarem de atividades, tais como: Em Hospital de Clínicas (HC) de Marília, os enfermeiros responderam que o principal problema para o desenvolvimento de educação continuada, fora a dispensa do trabalho, seguindo com financiamento e falta de incentivo. Porém, dentre as formas de atualização que concretamente trabalharam, encontramos (em ordem decrescente de quantidade de respostas à pergunta) “Cursos, leitura de livros, semana de enfermagem, palestras, pesquisa em biblioteca, leitura de periódicos, [...]” (LUCON e MARIN, 1990, p. 20). De um depoimento que chega a ser árido, podemos verificar fortes contrastes: no HC de Campinas, o Serviço de Educação Continuada já vivenciou cursos de Yoga e relaxamento mental, técnicas de respiração, conscientização corporal e interpretação teatral, em vivência grupal durante o horário de

trabalho, resultando em facilitação dos relacionamentos entre os membros das equipes, melhor comunicação, ajuda na solução de problemas (MADEIRA et al., 1996). Estes dois depoimentos nos levam a concordar com RIBEIRO e MOTA (1996):

5. A educação permanente necessita do engajamento das unidades de gestão dos serviços de saúde. A fragilidade com a qual se inserem os serviços de educação continuada nas instituições, dependendo de “*normas institucionais acríticas*” (PEREIRA ,1998, p. 183) demonstra que muito ainda se tem a fazer nesse caminho.

Na nossa visão, os sujeitos responsáveis pela educação continuada em enfermagem nos serviços públicos, precisam reconhecer que a enfermagem tem um viés de manutenção da ordem do sistema capitalista e como SCHWARTZ (1998) entendemos que estamos diante de uma complexa relação: das “dramáticas” do uso do trabalhador; do poderio disciplinar do hospital, fabricante de “corpos dóceis” e das necessidades da população que necessita e tem direito constitucional de receber uma atenção de qualidade.

Assim, preocupa-nos a delicada situação do enfermeiro responsável pela educação continuada, pois não cremos que o mesmo intencionalmente, queira colocar-se como fabricante de “corpos dóceis”, nem que não reconheça a complexidade da situação social impregnada do discurso de competências (que provocaria a continuidade e manutenção de um sistema tão forte como o capitalista), nem que não pense na população que busca a instituição ou área pela qual ele, enfermeiro, tem responsabilidades diretas ou indiretas de garantir a assistência de enfermagem, nem que não saiba reconhecer os objetivos da administração da instituição na qual exerce sua profissão. A equipe de enfermagem atuante, busca o caráter integrador da

educação, a participação das comunidades e as resignificações das necessidades de educação continuada (VIDAL et al. 1986).

Observamos que essa condição preocupante torna-se ambígua, pois se atribuem ao enfermeiro tais expectativas. Porém, seu processo de formação como elemento que contribui em sua vida profissional pode estar comprometido em sua qualidade.

KURCGANT, baseando-se na política institucionalizada de educação, através da Constituição Brasileira e da IX Conferência Nacional de Saúde (1992), afirma que a *“educação para formação profissional deve garantir uma formação de profissionais com visão integral, comprometimento social e formação geral; ainda considerando a necessidade de ser efetivada a avaliação do ensino em saúde”* (1994, p. 255). A autora prossegue, analisando outro referencial teórico-metodológico na formação do profissional de saúde: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que preconiza como missão da educação, um pleno desenvolvimento do ser humano através da formação de cidadãos críticos e éticos, integrando ensino à pesquisa e às atividades de extensão de serviços à comunidade. A valorização da competência e a garantia das condições de trabalho também fazem parte das propostas do documento.

Autores atribuem um real descompromisso por parte do aparelho formador, que em detrimento de uma busca ativa de seu objetivo final, adapta-se às leis e suas reformas apenas para cumprí-las, (DE SORDI, 1999) ou de que a educação na graduação não proporciona oportunidades suficientes de aprendizagem (RODRIGUES, 1984). Também CADETE e VILLA (2000) demonstram preocupação com o ensino de graduação do enfermeiro, o qual já vem percebendo (às vezes até demonstrando angústia) que o método transmissivo do saber não é satisfatório e não condiz concretamente com as atividades educativas.

Docentes de enfermagem entrevistados por pesquisadora em

órgão formador, referem que já vieram de um ensino bancário, tendo como característica o ensino tradicional, de transmissibilidade. A autora porém, já percebe um desejo tênue em direção a uma educação problematizadora (PIERUCCI, 1997).

BOERY et al. (1994) se colocam como alunas de graduação em enfermagem, em uma história de vida, e descrevem que *“existe sempre um professor junto ao mesmo, tentando viver experiências por ele, como se a capacidade de raciocínio estivesse reservada apenas aos mestres. (...) mas em nenhum momento o aluno é visto como indivíduo e como um futuro profissional.”* (p. 138).

A autora também relata que enquanto docente seus alunos não tinham ânimo para preparar seminários, preferiam aulas expositivas. Esse comportamento já demonstra, infelizmente, o comodismo do aluno como resultado de todo o tratamento escolar que lhe fora dado desde a infância. Conforme BAGNATO:

“Se temos ainda, em nossos cursos, o predomínio de um modelo de ensino tradicional (...) temos colaborado mais para uma formação alienada do que transformadora dos futuros profissionais da área da saúde, que no exercício profissional, nas ações de saúde possivelmente reproduzirão esta mesma prática [...]”. (1999, p. 38)

Em nosso referencial, defendemos que o indivíduo aprende a aprender e que questiona a realidade a sua volta, critica, investiga e modifica, refutando a forma dogmática e repetitiva do ensino tradicional, no qual o detentor do saber transmite o saber àquele que não sabe e, ao contrário, estimula-o a não ser mais um indivíduo com aquelas características iniciais, as quais poderiam conter um instrumento capaz de desenvolver em si e em sua comunidade, estratégias de mudanças pessoais, políticas, profissionais. O ensino tradicional acaba com a criatividade do educando, imobiliza e impede a ocorrência de mudanças (BORDENAVE ,1983; LOPES e ACCIOLY 1998;

VIEIRA 1995). Concordamos também com VIDAL et al. (1986) que consideram a educação permanente tradicional com caráter enciclopédico, instrucional e com MARIN (1995) quando rejeita a expressão “aperfeiçoamento” por ser incompatível com uma visão de mundo racionalmente guiada pela certeza do inacabado.

Esse processo individualizado de formação do educando-enfermeiro, deve ser estimulado na graduação pelo educador-enfermeiro que, por sua vez, precisa continuar seu próprio processo de formação que dura toda vida. Só assim poderemos buscar uma enfermagem mais voltada para a educação, pois esse educando-enfermeiro aprenderá seu papel de educador de equipe atuando muitas vezes como educando da equipe, pois este é um processo dialético, em instituições nas quais desenvolverá seu trabalho profissional.

CAPÍTULO III

**AS SUPERVISORAS⁽¹⁶⁾ DE ENFERMAGEM TÊM MUITO A
DIZER:
BASTA QUE LHES PRESTEM ATENÇÃO**

III.1. A SUPERVISORA DE ENFERMAGEM CONCEITUANDO A EDUCAÇÃO CONTINUADA

Observamos que a supervisora de enfermagem sente a necessidade de ter a educação continuada caracterizada na instituição (formalização do setor) e a entende como um conceito voltado para o desempenho das pessoas em seu trabalho. Também toma para si a responsabilidade da ação da educação,

(16) Optamos por utilizar o gênero feminino no presente trabalho, uma vez que todas as entrevistadas são mulheres.

sendo essa responsabilidade exclusiva do enfermeiro, talvez o “transmissor do conhecimento”. A assistência de enfermagem revela-se como objetivo e o tecnicismo revela-se como um conceito.

“É a maneira que a gente tem de aprimorar a assistência. A gente tem que caminhar pra isso.” (SB)

“(...) é aquilo que você tem que aplicar no dia a dia enquanto enfermeira. Eu não entendo como uma coisa à parte (...) é ele se aprimorar diante de uma técnica nova, é ele reunir o grupo dele e passar experiência nova pra o grupo” (SC)

Notamos que a busca da conceituação evolui em um esforço de modificar um conceito de educação continuada como apenas um treinamento, porém algo abrangendo os aspectos da instituição, do indivíduo e da conscientização da sua inserção no mundo que os cerca:

“Educação Continuada é aprender sempre (...) coisas pertinentes ao trabalho ou coisas do dia a dia mesmo, da sua vida particular(...)” (SD).

“Essa coisa da gente conseguir estar levando a equipe de enfermagem mesmo ... estar discutindo coisas diversas. Não só coisas técnicas, que eu acho muito batido. Mais relacionamento, conhecimentos gerais mesmo, de estar incentivando a participação em cursos, de estar tendo a participação maior das pessoas ...”. (SE)

Nesses depoimentos anteriores, vimos que existem concepções de que a educação, assim como em CAMPOS (1985), além de atingir os objetivos da instituição, busca ajudar a elevar o indivíduo à condição de pessoa humana. Observamos que a supervisora se coloca, de maneira ainda tênue, como em um

papel de estimulador da educação, assim como demonstra primórdios do conceito de formação pessoal, vistos nesses depoimentos. Verificamos repúdio a um “marasmo” dominado pela política institucional e pela estrutura hierárquica da enfermagem, que em nosso entendimento, tem função “docilizadora” também nessa postura de negligência para com o crescimento/desenvolvimento do profissional e da profissão. Ora, se não há crescimento, não há mudanças individuais nem contextuais:

“É educação em serviço. É evolução. Você participar do desenvolvimento da nossa profissão, do nosso trabalho. É evoluir.(...) Nos aspectos científicos, de treinamento, técnico, filosóficos, emocionais. (...) A pessoa não pode chegar na instituição e quando tiver dois anos de instituição, estar igual. (...) Teria que ter condições de publicar trabalhos em revistas, de ir pra congressos”. (SB)

Um conceito que demonstra um entendimento de “continuidade” (“*nunca termina*”) à Educação Continuada, assim como de humildade de que não há apenas a transmissão do conhecimento, mas que o enfermeiro-educador pode também aprender com o educando, nos leva a crer que existe uma tendência de compreender educação através de um paradigma não bancário, em que não há um professor dono do saber. Esse aspecto aparece aqui como uma tendência de conseguirmos atribuir à conceituação, junto às supervisoras de enfermagem, de educação continuada como sendo um processo entre iguais que se aplica entre todos os envolvidos:

“(...) foi o nome que deram para uma proposta de trabalho que nunca termina. Onde você ensina as pessoas e ao mesmo tempo aprende no processo de trabalho do dia a dia”.

(SE)

Há uma ênfase em tirar a educação continuada de um lugar apenas teórico e trazê-la para a prática. Percebemos que nesta fala existe uma conotação de que ocorre, em sua prática, o inverso do “bom exemplo” que a enfermeira pode dar. Lembramo-nos que na entrevista esta frase foi de efeito. Que ela tenha se referenciado a estes exemplos por se sentir em um hospital onde isso não é relevante:

“ (...) isso é educação continuada sim. Você cumprir horário é educação continuada. Você está dando o exemplo. Você chegou, pegou e passou plantão? Isso é exemplo.(...) A chefe chega atrasada eles vão chegar também.” (SB)

Tal representação pode nos levar a algumas interrogações: O fato da supervisora valorizar de tal maneira o exemplo da “chefe”, não mostra-nos o quanto a mesma pode estar impregnada do papel do chefe de setor? Aquele chefe criado pelo capitalismo e sacramentado no taylorismo, cuja função era de verificar quem trabalha, o quanto trabalha e dar o exemplo, em prol da produção? Quando ela se refere ao seu exemplo como capital, não destitui a equipe de responsabilidade no desenvolvimento de seu trabalho? A enfermeira supervisora é o centro da equipe? Não poderia ela vir a ser instrumento docilizador das pessoas, visando sua utilização?

Nas linhas e entrelinhas dos depoimentos aparecem críticas contundentes à enfermagem, quanto ao fato de no passado, na época específica do relato, não ter havido educação continuada na instituição. Teria a mágoa, representada a seguir, influência nesse processo de dificuldade relacionado à Educação Continuada, o qual colaboraria para o supervisor pensar sua inserção?

“(...) eu entrei à noite, estava a (outra enfermeira), que foi a óbito já e ela já estava esgotada de ficar à noite sozinha. Entramos eu e a (outra enfermeira). (...) Não houve educação continuada (...) a coisa não deu certo. Falar pra você o que é educação continuada, eu não sei porque nunca teve”. (SD)

Entendemos que fica clara a cobrança da “orientação” (processo de recepção do trabalhador na empresa, em que se faz um contrato sobre o trabalho prescrito, o papel da empresa e do trabalhador). Tal posição de entendimento demonstra, mais uma vez, a perpetuação do taylorismo na enfermagem, pois foi marcado pela prescrição do desempenho, pela negação do indivíduo em todo o seu ser, que enfrenta as “dramáticas do uso de si por outrem” (SCHWARTZ, 1998, p. 107).

A próxima fala, na mesma linha da anterior, expressa que não há educação continuada. Na expressão generalizadora “não foi implantado em nenhum hospital até hoje”, sentimos que significa que a supervisora quis dizer, carregada de mágoa, que nunca teve aqui, na sua instituição e que, como “poucos vêem dessa forma”, a probabilidade de que venha a ser uma realidade, é remota (aparece o caráter tecnicista atribuído à educação, na expressão “desenvolver seu trabalho no dia a dia”):

“Educação continuada é a necessidade que o profissional tem de desenvolver seu trabalho no dia a dia. Mas isso não foi implantado em nenhum hospital até hoje. Você tem que plantar, regar até crescer, enraizar, até ele ter essa visão. Que educação continuada é uma necessidade que ele tem, não uma coisa descartável, que ah deixa pra depois (...) mas poucos vêem dessa forma”. (S A)

Nesse contexto nos perguntamos: Se é a supervisora quem está falando, qual seria o profissional a que se refere, que deve “plantar, regar”?

Porque “*a coisa nunca deu certo*”? Aqui, pela primeira vez, observamos que a supervisora atribui ao educando um papel primordial em sua educação na expressão “ [...] até ele ter essa visão (...) é uma necessidade que ele tem, não uma coisa descartável (...) mas poucos vêm dessa forma”. O educando também é responsável pelo seu crescimento, só ele poderá se deixar pensar/refletir a partir de um estímulo. Ele é um sujeito ativo, não uma folha de papel na qual outros escreverão as verdades. Ele constrói suas verdades. Cada indivíduo tem seu próprio crescimento/desenvolvimento/aprendizado.

Tentando, através da metodologia que nos propomos desvendar o concreto nas falas visando ao concreto pensado, prosseguimos encontrando uma única exposição da mesma supervisora com a tendência de que se deixe a educação continuada sob a responsabilidade de profissionais específicos, apesar de sua importância ser reconhecida pela mesma:

“ ... a educação continuada deveria ter um ... como eu posso exemplificar ... uma área no hospital que fosse designada para isso. Para os funcionários estarem fazendo isso. Uma área não. Profissionais capacitados que atuassem nas áreas ... profissionais para aquilo mesmo, que estivessem trabalhando os funcionários, fazendo diagnóstico e reciclando, revendo algumas coisas que ficaram para trás. Acho que educação continuada é isso.”

(SA)

Em “ (...) *acho que educação continuada é isso*”, observamos que neste momento, para a supervisora, a logística da educação continuada proposta por ele dentro da instituição, se confunde com conceito de educação continuada. Para nós, essa confusão de conceitos visíveis faz parte da trama institucionalizada que obscurece um pouco a visão e a busca da visão para o esclarecimento de fato do que é e o que significa a educação continuada, assim como o que significaria adotá-la como uma idéia concreta, existente e defendida

pelos sujeitos envolvidos. Observa-se que a mesma tenta tirar de seus ombros toda a responsabilidade e a colocar em outro, ou outros, que esse outro (ou outros) seja(m) capacitado(s) e só faça(m) esse tipo de atividade na instituição. Percebemos que a supervisora vê essa questão tão importante e complexa a ponto de não querer tê-la como responsabilidade, pois a entende com objetivos tecnicistas, a vê como atualizações que permitam aos trabalhadores serem competentes em suas atividades. Em seu trabalho de pesquisa, LOYOLA (1987) percebe com nitidez que há uma separação de categorias: a enfermeira que prefere dar aulas e a que gosta de cuidar dos doentes. Aqui, vemos que há algo similar, quando a enfermeira supervisora propõe uma separação entre educação continuada e assistência de enfermagem. Contraditoriamente temos em depoimento já citado, uma outra conotação:

“(...) é aquilo que você tem que aplicar no dia a dia enquanto enfermeira. Eu não entendo como uma coisa à parte (...) é ele se aprimorar diante de uma técnica nova, é ele reunir o grupo dele e passar experiência nova pra o grupo” (SC).

Talvez as afirmações que se referem a possibilidade da educação continuada não dar certo nessa instituição hospitalar possam ser revistas de maneira mais positiva, com mais crédito às ações dos supervisores, pois em várias ocasiões expostas adiante, vimos que de fato o supervisor de enfermagem reconhece que pratica uma educação continuada.

No quadro a seguir, organizamos de uma outra maneira o que foi colocado quanto ao conceito de educação continuada (E.C.) :

FINALIDADE/CARACTERÍSTICA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA	SUJEITO	EXPRESSÕES USADAS
Desempenho técnico	SB	<i>Aprimorar a assistência</i>
	SC	<i>Aprimorar diante de uma técnica nova</i>
	SC	<i>Reunir o grupo dele e passar experiência nova para o grupo</i>
Além de treinamento	SD	<i>Aprender sempre (...) coisas do dia a dia mesmo, da sua vida particular</i>
	SE	<i>Não só coisas técnicas (...) conhecimentos gerais (...)</i>
Participação social na profissão	SB	<i>Participar do desenvolvimento da nossa profissão</i>
Evolução	SB	<i>Evoluir (...) nos aspectos científicos</i>
	SB	<i>Evoluir (...) nos aspectos de treinamento, técnico</i>
	SB	<i>Evoluir (...) nos aspectos filosóficos, emocionais</i>
Não ter fim	SE	<i>Proposta de trabalho que nunca termina</i>
Educação continuada é desvinculada da assistência	SA	<i>“[...]uma área no hospital que fosse designada para isso (...)profissionais para</i>

		<i>aquilo mesmo”.</i>
Educação continuada é vinculada à assistência	SC	<i>“Eu não entendo como uma coisa à parte”.</i>
Transmissão do saber	SC	<i>“[...] reunir o grupo dele e passar experiência [...]”</i>
Troca de experiências	SE	<i>“[...] Onde você ensina as pessoas e ao mesmo tempo aprende [...]”</i>

Não pretendemos nesse item esgotar o conceito de educação continuada, pois sentimos que foi com muita dificuldade que essa questão fluiu.

III. 2. A SUPERVISORA DE ENFERMAGEM E A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA:

Especificamente encontramos uma dentre as cinco entrevistadas, que insere as mudanças impostas pelo avanço tecnológico dentro da importância e da atuação da educação continuada:

“ ... a tecnologia é uma coisa fora de série ... como que, com toda essa tecnologia, com tantas pessoas se envolvendo com isso, até atualizando, reestruturando serviços, você pode deixar um funcionário que se formou há dez anos parado no tempo? Você tem que estar colocando funcionário atualizado em todos os sentidos.” (S A)

“ ... então há mudanças lá fora e o funcionário tem que estar atualizado. Tecnicamente tem que estar orientado, colocado a par de como funcionam as coisas lá fora. Eu acho isso muito importante e acho também que é um estímulo. Quanto mais ela adquire conhecimento, ela abre muito mais a mente, passa a ter muito mais capacidade de raciocínio e tudo mais. Agora uma pessoa que não lê uma frase ... ele vai atrofiando ... tem assim uma cadeia de estímulos, que você efetiva.” (SA)

No capítulo I discutimos que a revolução tecnológica impulsiona os trabalhadores a uma constante adaptação que seja compatível com as rápidas mudanças do mercado. A supervisora, preocupada com que seu grupo de trabalho “não deixe a peteca cair” (termo que veremos pouco adiante), mostra-nos que entende que a atualização é importante para a citada adaptação. Tal entendimento vai ao encontro com o que nos diz CAMPOS (1985) sobre a capacidade que tem a educação de contribuir para que as pessoas tornem seus horizontes mais amplos e se tornem seres humanos com personalidades cada vez mais desenvolvidas. Nesta situação a supervisora parece iniciar uma resposta à indagação que fizemos anteriormente quanto à atribuição da educação continuada que referimos (enquanto sujeitos ativos no processo dentro de um contexto hospitalar) se à empresa ou ao trabalhador.

Voltada para uma atenção ao paciente, a supervisora pensa em ambos, e preocupada com o desenvolvimento de sua equipe, também busca alcançar tanto os objetivos primários da instituição quanto os do trabalhador enquanto sujeito pensante de sua inserção no mundo que o rodeia e suas capacidades. Assim, além de concordarmos com CAMPOS (id), voltamos a reiterar PINTO (2000) quando se refere à educação como sendo contraditória por natureza e só assim se tornando útil, pois deixa de ser mera repetição.

A tendência de sustentar as afirmativas tidas como necessidades pela supervisora “(...)Você tem que estar colocando funcionário atualizado em todos os

sentidos; (...) colocado a par de como funcionam as coisas lá fora (...) e (...) Quanto mais ela adquire conhecimento, ela abre muito mais a mente, passa a ter muito mais capacidade de raciocínio e tudo mais” diretamente nos levam à questão “como ela (supervisora de enfermagem) poderá atingir todo esse objetivo?” ou então “ela teve oportunidade, na época de sua formação universitária, de deparar-se com uma visão de mundo que lhe possibilitasse um preparo para enfrentar tais demandas?”

Ainda nesse capítulo estaremos verificando que os supervisores reconhecem que a educação continuada deva se iniciar (na instituição em que trabalham) por eles mesmos e pela coordenadoria.

Autores nos colocam frente a frente com a conclusão de que o enfermeiro não atém sua preocupação ao ensino, na época da sua formação. A preocupação com um pensamento reflexivo/crítico não tem grandes espaços nos órgãos formadores (BOERY et al., 1994).

DE SORDI (1999) analisa criticamente as constantes propostas de mudanças de currículo nas escolas de enfermagem como uma saída imediatista para os problemas que se apresentam no ensino, porém ao mesmo tempo que se apresentam tais currículos nada acontece de diferente no cotidiano. Concordamos com a autora quando considera que a necessidade de “*reverter a lógica do ensino orientado pela racionalidade técnica que estreita o olhar dos futuros profissionais é desafio inadiável*” (p. 28) e que o papel do professor deve ser impregnado de um compromisso ético-político, pois tem grande contribuição nesse processo:

“Na pós-modernidade, espera-se uma mudança radical na forma de ensinar de modo a restituir a professores e alunos condições de um exercício profissional orientado pelo compromisso com a cidadania coletiva, fundamento indispensável para a reconstrução da sociedade em que vivemos e que agoniza diante de nós, que parecemos impávidos ao seu grito de socorro” (p. 33).

Há o entendimento de que é impossível a separação entre as condições de vida (econômica, social) com o desempenho do profissional. As supervisoras SA e SE entendem que não lhes cabe a resolução dos problemas sócio-econômicos, que não são de sua governabilidade; porém não demonstram alienação de tais influências junto aos auxiliares e técnicos de sua equipe:

“ Todos os dias tem um ou dois que sentam, conversam, desabafam, que procuram orientação, até chegam a cobrar de mim ... algumas coisas que não tem como resolver, né. Não dá pra resolver problema financeiro, de carga horária. Eu não tenho condição.” (SA)

“ ... você tem que participar com eles no dia a dia, conversar com eles ...” (SA)

“ ... com um ou outro eu converso, eu entro em contato com funcionário, com problema que ele tem e não tem nada a ver com o fluxo de serviço, com a operacionalidade do serviço, que nós podemos estar trabalhando em conjunto, o que ele não pode é deixar a peteca cair pra nenhum lado, que isso reflete nele mesmo. E vou conversando ajudando ...” (SA)

“Conversa mesmo, boba do dia a dia, sabe? Estar perguntando para a pessoa como é que você está? (...)”. (SE)

Entendemos que os auxiliares ou técnicos de enfermagem que “chegam a cobrar” da supervisora, tomadas de decisões de âmbito financeiro ou de carga-horária, estão atribuindo à sua superior hierárquica um poder que não lhe compete. Obviamente há o desconhecimento nestes casos específicos, de que existe uma máquina “burocratizada” na Prefeitura Municipal de Campinas, denominada Secretaria de Recursos Humanos, que lida com o gerenciamento de

recursos humanos, desde a constatação da necessidade de profissionais, à organização de concurso público ou contratação por tempo determinado, à realização de concurso, ao estabelecimento ou cancelamento de viabilização de mecanismos de progressão na carreira profissional dos indivíduos, entre outros. Também há o desconhecimento do papel que os sindicatos deveriam em tese, estar desenvolvendo junto aos trabalhadores da instituição. Aqui retomamos uma das conseqüências da acumulação flexível do capital, de HARVEY (1998) caracterizada pelo enfraquecimento das forças sindicais, que talvez não consigam acompanhar toda a dinâmica globalizada que se apresenta na realidade.

Neste sentido, observamos que há um longo caminho ainda a percorrer no que tange ao entendimento da inserção sócio-econômico-política e que tal máquina burocrática leva ao não entendimento de si mesma pelos que dela dependem.

Na última fala *“Conversa mesmo, boba do dia a dia, sabe? Estar perguntando para a pessoa como é que você está? (...)”* a supervisora considera que essa conversa cotidiana também é educação continuada. Talvez ela desconheça a importância da atitude de realizar essa conversa “mesmo boba”. Esse tipo de conversa no ambiente de trabalho pode servir como promoção de um relaxamento ou algo similar, aos interlocutores. O ambiente de trabalho pode se tornar, por causa de uma simples conversa, mais tranquilo, principalmente quando nos reportamos a unidades estressantes, como Unidades de Tratamento Intensivo, Centros Cirúrgicos ou Prontos Socorros. CODO et al. analisam o afeto impregnado a qualquer tarefa. Existe sempre uma transferência de subjetividade:

“ [...] o mundo fica mais parecido conosco e, portanto, nossa subjetividade depositada ali, fora de nós, nos representando. (...) quando trabalhamos em condições

gratificantes, gostamos do produto realizado, alguns até se apaixonam por ele, como os escritores, por exemplo. Mas quando trabalhamos subjulgados, subjugados, imprimimos raiva ao produto” (1993, p. 189-190).

Talvez essa conversa “boba” (sendo mesmo sem intenção de introduzir uma referência ao trabalho) possa se apresentar como situação em que o trabalhador não se viu como um ser em utilização pela instituição, pôde talvez ver a figura da supervisora como um ser humano. Não sabemos se isto é possível de acontecer, porém entendemos que essa conversa possa ser experienciada como uma pausa nas relações de cobrança de trabalho prescrito. Nesse depoimento a supervisora entendeu que essa conversa também seja educação continuada, ao contrário dos depoimentos a seguir, quando os sujeitos entendem que educação não planejada regularmente não seja educação continuada como deva se dar pela sua expectativa. Mostram que “fazem alguma coisa”, mas experienciam uma frustração na medida em que não há um planejamento adequado ou uma concretização de algum planejamento de educação continuada, pois a vêm com fins de atualização de técnicas de enfermagem ou de novas tecnologias:

“ O tipo de educação que eu faço é do tipo tapa-buraco, né.” (S A)

“Mas é uma coisa assim. Tem uma criança com drenagem aspirativa. Ah. Drenagem aspirativa é assim assim assim. Mas a gente não está discutindo por exemplo, uma queimadura. A gente tem que esperar chegar um caso pra discutir um assunto. Não é rotina nossa. (...) mas não é uma coisa marcada. (...) Não é uma coisa que eu diria que é educação continuada. É muito informal.” (SB)

“Estava lá o umidificador montado, com a máscara, o látex todo molhado e eu falei de jeito nenhum. Isso não existe! Falei olha tem que fazer assim ... tem infecção, reuni o grupo. Falei assim gente o paciente veio da rua faz 6 horas (...) depois vem uma “vozinha” de 80 anos, caquética, deprimida, fazer uma osteossíntese, perde bastante sangue, aí ela vai respirar daquela água cheia de microorganismo desse paciente, põe pra dentro dela. Daqui 15 dias (...) ela desenvolveu uma pneumonia, um choque séptico (...)” (S A)

“(...) existe momentaneamente. (...) acontece uma situação, eu falo (...) vamos fazer assim da próxima vez, pra melhorar (...) . Então é uma educação mais técnica do que uma educação mais ampla (...). Nada de reunião marcada, nada de ... uma coisa assim, da hora”. (SD)

Esses depoimentos acima, permeados por um sentimento de frustração e de sofrimento, nos levam a perguntar por quê a supervisora se sente tão frustrada. Seria por ela entender que toda a responsabilidade da educação é dela? Se, pela concepção de que educação é uma maneira de aprimorar a assistência e se ela faz uma educação do tipo “tapa-buraco”, seu papel portanto, não está sendo adequado? Notamos que a questão técnica permeia as falas (drenagem aspirativa, queimadura, rotina, umidificador, látex, etc) e que houve um depoimento que transpareceu com clareza que uma educação mais ampla é aquela que tem reunião marcada.

Ainda em prática e conceito de educação continuada, que são conceitos entrelaçados nas falas, percebemos que há uma grande ênfase naquela educação presa ao tecnicismo.

Em nosso entendimento, a supervisora se exige uma competência e se frustra por não corresponder. Essa competência de promover educação continuada está sendo vista de modo a ignorar as “dramáticas” das relações

dela mesma com o seu trabalho: A apreensão das dimensões históricas da situação. A esse enfrentamento de valores, SCHWARTZ (1998) nos alerta que não se mede, pois não existe uma escala para medi-los. A supervisora entende que essa competência poderia ser exigida efetivamente pela coordenadoria de enfermagem ou pela própria equipe por quem é hierarquicamente responsável. Em outras falas, veremos que não há essa exigência por parte da coordenadoria e há demonstração de que as supervisoras pedem que se exijam delas, dando o entendimento de que não se faz por que não se exige. Assim, vemos que dialeticamente a supervisora se cobra e se frustra por não conseguir fazer ao mesmo tempo em que não faz porque não é cobrada ou exigida de fazê-lo.

Para exemplificar o que dizemos, traremos algumas falas que aparecerão também, mais adiante nesse mesmo capítulo:

“Eu acho que muitas enfermeiras não têm esse papel porque não tem cobrança (...) não existe a discussão do porque fazer, pra que fazer e o que a gente vai atingir fazendo”.

(SC)

“(...) a gente precisa ter vontade, entendeu? E alguém superior à gente, eu não sei, pegar essa vontade que a gente tem e falar, não, então vamos fazer. Eu acho que é isso. A gente fica naquela dependência (...). É montar um projeto e falar vamos seguir esse projeto”.

(SD)

“A gente não discute esse papel, a gente não senta pra rever. Tudo isso (anotação de enfermagem) teria que estar sendo revisto pra poder existir. (...) eu não vejo ação. Eu não vejo! Eu não entendo o que está sendo aplicado porque não estou envolvida”. (SC)

“Recursos, treinamento, cobrança, porque eu acho que as pessoas não vêem a educação como importante. Não é uma coisa em primeiro lugar (...) as pessoas não se envolvem muito com essa questão.” (SC)

“Porque eu acho que ainda não teve uma cabeça, sabe? Alguém assim, que preocupasse com isso ou pensasse isso muito importante, do que o dia a dia que a gente faz.(...) acho que não teve um cabeça pra levar isso pra frente”. (SD)

Mais adiante, outro sentimento nítido que observamos foi de um certo orgulho, ao se pronunciarem pela primeira vez, narrativas de planejamento e prática de ações. Nestes depoimentos indagamo-nos se tal sentimento pudesse se relacionar a um reconhecimento da própria instituição, dos componentes de suas equipes ou pelo menos da entrevistadora (visto que ao mesmo tempo em que pensamos nessa hipótese, observamos que o não reconhecimento institucional ocorre, o que abordaremos posteriormente):

“(...) começamos a fazer um trabalho primeiro entre nós, preparando aula, para aprimorar a técnica (...) numa seqüência de assuntos (...) montamos pastinhas para os funcionários (...) porque eu não estou dizendo que ele não sabe trabalhar, mas que existe uma maneira mais correta, mais séria, mais viável pra ele trabalhar.” (SB)

Aqui, a supervisora demonstra sua preocupação enquanto educadora em respeitar o trabalhador e seu modo de trabalhar, para inserir uma técnica nova ou rever a antiga. A seguir, vemos que outra se preocupa em valorizar as demandas técnicas da equipe:

“Trabalhei também em relação aos temas que as pessoas tinham mais interesse”. (SE)

“(...) a gente dividiu os temas em cinco partes, entre os enfermeiros (...) , vamos pegar determinado tema e estar falando com todos os grupos (...) por quanto tempo a gente achar necessário pra estar falando sobre determinado assunto”. (SE)

A educação continuada não se restringe à equipe de enfermagem e reconhece-se a importância de se trabalhar com as mães:

“Com as mães (...) a gente faz um trabalho de assuntos, discute temas com elas e muitas vezes a gente pega o tema que está mais em voga.(...) a gente estava fazendo duas reuniões por semana. (...) Tem uns dois meses que a gente não está fazendo. (...) É uma coisa boa.” (SB)⁽¹⁷⁾

Percebemos que um paradigma puramente técnico e bastante ingênuo do conceito de educação propicia um descaminho das iniciativas quando inseridos em um contexto complexo. O nosso contexto sócio-político vai além de meras iniciativas. É necessário que os sujeitos se apropriem dessa complexidade para enfrentá-la e com ela trabalhar, assumindo um papel não alienado junto ao seu grupo de iguais e aos seus subordinados hierarquicamente. Referencial para formas de luta que contemplem educação continuada pode ser buscado na IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS DE SAÚDE (Brasília, agosto de 1992), proposto pelos representantes dos trabalhadores em Conselho Local.

Há iniciativas e vontades individualizadas de se sair de questões apenas técnicas e entendemos que, como estratégia de uma máquina pública, há

17) Este último depoimento deixamos propositalmente para o final deste item quando soubemos informalmente, pela própria supervisora SB, que os grupos não retomaram mais suas atividades, durante todo o tempo da realização de nossa pesquisa.

um interesse de que se direcionem “treinamentos” de execuções de tarefas, *“obscurecendo ou mesmo impedindo a visão do trabalhador sobre sua própria inserção no processo de produção (...). (SANTANA – 1996, p. 34).* Mesmo assim, existe a vontade, mesmo que ainda desestimulada pela instituição, de elevar a educação continuada a um patamar mais condizente com as necessidades reais de todos os atores: pacientes, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros, supervisores de enfermagem e coordenador de enfermagem.

Sem negligenciar que estamos em um mundo em constante evolução, que as informações são “globalizadas” de uma maneira quase que incompreensível, que a vontade política de manter uma submissão ao modelo capitalista de mando é muito forte com todos os seus “ajustes e desajustes”, as informações além de virem de todos os lugares e em todas as horas precisam ser assimiladas e analisadas pelas pessoas para que se apropriem e analisem os fatos, as evoluções e suas particulares situações político- econômico- sociais.

Entendemos que por essas razões, há uma necessidade vital de que as pessoas se agrupem em organizações que almejem uma sobrevivência de classe, ou que busquem qualidade e dignidade de vida, pois individualmente a impossibilidade de atingir tão complexo alvo é certa.

Esta concepção baseia-se em nossas percepções, passemos à análise dos sujeitos dessa história:

III. 3. A SUPERVISORA DE ENFERMAGEM ANALISANDO AS CONSEQUÊNCIAS DA SUA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA:

“Comecei a resgatar o amor pela profissão, investindo no meu crescimento e no crescimento da equipe. Comecei a dar aula particular para os funcionários que não tinham a 8ª série, pra eles virarem auxiliar. Tinha dia que eu ficava até às 3 horas da

tarde dando aula de matemática, português, ciências, pra eles poderem se formar. (...) O elo que a gente criou naquela época existe até hoje". (SB)

Este depoimento nos levou imediatamente a algumas considerações que nos fizeram sentir uma relação de proximidade com o momento da supervisora, pelo fato dela ter tido ações de compromisso com a sociedade que se inseria, por isso, demonstrando de maneira muito clara seu envolvimento e seu papel importante na transformação da realidade. Todo esse complexo gesto de ações voltadas para a educação, mostra também que esse é um gesto político, na medida em que suas conseqüências são a evolução do ser humano, são também resultado das reflexões que todos os envolvidos no processo desenvolveram concretizando ações, modificando a práxis.

Ao contrário de outras falas desta supervisora, aqui ela demonstra satisfação com a profissão que exerce.

GADOTTI (1990) em seu prefácio da obra de FREIRE (1990), nos exorta de que a política faz parte da educação de uma maneira interativa, pois ambas têm relações históricas:

"Depois de Paulo Freire ninguém mais pode ignorar que a educação é sempre um ato político. (...) se a educação brasileira sempre ignorou a política, a política nunca ignorou a educação. Não estamos politizando a educação. Ela sempre foi política. Ela sempre esteve a serviço das classes dominantes." (p. 14)

A seguir observamos que outra supervisora busca no objetivo final, que é a melhoria do serviço, uma equipe crítica e pensadora. Também critica aqueles que gostam de manter uma equipe "bitolada". Nesta ocasião a mesma demonstrou que procura outro caminho, para crescer "junto", sem arrogância, mas assumindo uma postura de sujeito relacionado com seu grupo, não alheio a seus problemas e dilemas:

“Tem uma coisa que eu acho legal que é melhorar a visão crítica das pessoas (...) tem gente que gosta de ter gente bitolada, mas eu acho que não é bem assim, eu acho que o caminho é outro. Daí você cresce junto, aprende muito mais e o serviço melhora pra todo mundo”. (SE)

A mesma supervisora insere no grupo atitudes de entrosamento:

“(...) uma coisa que não tinha lá, comecei a fazer (...) é o aniversariante do mês. Todo mês uma festinha de aniversario pra todo mundo (...) e acho que isso foi muito legal. A gente vê que os grupos estão mais entrosados”. (SE)

Em análise psicológica sobre trabalho e identidade, CODO (1993) disserta sobre as relações entre os indivíduos de acordo com as situações sociais, podendo os indivíduos refletir, reagir conservando ou reagir transformando as estruturas sociais. Observamos nas citações da supervisora SE que um outro olhar para o grupo de pessoas que com ela trabalham foi lançado e uma mudança foi estabelecida sem que para isso tivesse havido desgaste de tempo ou físico, ao contrário, parece-nos que têm sido momentos prazerosos e com retorno para o grupo em entrosamento.

O entrosamento combate, de acordo com sua abrangência, a desunião e o individualismo tendo força de instituir uma abertura para que haja mais vertentes de diálogos, processamento de informações, buscas de respostas a problemas cotidianos, entre outros.

Como consideramos, tal como FREIRE (1990), que a educação é política, o esforço de construir tais relações interpessoais é um ato político voltado também para a educação continuada.

Deste trabalho prévio, existe a necessidade de dar atenção de enfermagem ao cliente, tendo a supervisora buscado trabalhar a segurança técnica com os profissionais, sistematizando um aprendizado. Vemos nessa fala, que a mesma utiliza o termo treinamento, mas nas falas anteriores (citadas acima) ela utiliza “aprendizado”, “crescimento”, talvez porque neste caso o domínio da técnica tenha sido visto de uma maneira puramente técnica.

Observamos que existe a expressão “cobrar do profissional”:

“Teve gente que eu fiquei um mês treinando antes de liberar pra paciente sozinho. Isso foi muito rico. (...) pra gente enquanto setor mesmo, porque aí você realmente consegue cobrar do profissional”. (SE)

O quê se quer dizer com “cobrar do profissional” depois de “treiná-lo”? SCHWARTZ (1998) trabalha com a expressão “dramáticas do uso de si” (p. 107), quando se refere às relações de trabalho mais especificamente ao posto de trabalho onde se esperam o desenvolvimento das competências estabelecidas para aquele posto. Anteriormente, NAVILLE (1956) já havia iniciado a discussão sobre qualificação, e diz que o senso comum entende que o trabalho que é bem feito pode ser entendido como trabalho qualificado. Competência e qualificação são termos que se completam e são necessários sob o ponto de vista do administrador ou supervisor, para que ambas as técnicas sejam realizadas conforme o esperado. Também neste depoimento podemos sentir a função política da enfermeira de lançar mão de uma educação continuada utilitária à continuidade da “docilização”, pois entendemos nesse trabalho o treinamento com essa conotação.

Antes de darmos continuidade a este raciocínio, pretendemos discorrer sobre o papel de “ser a supervisora de enfermagem” e assumir a postura esperada por ela com competência e qualificação.

Em FOUCAULT (1987), encontramos análise sobre os “corpos dóceis” e destacamos aqui um trecho que nos deixa à vontade para iniciar uma discussão das mais pungentes neste trabalho:

“Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as “disciplinas”. Muitos processos disciplinares existiam há muito tempo: nos conventos, nos exércitos, nas oficinas também. Mas as disciplinas se tornaram no decorrer dos séculos XVII e XVIII fórmulas gerais de dominação”. (p.126)

Sabemos que existe um órgão disciplinador da enfermagem e que cabe “privativamente” ao enfermeiro a “chefia de serviço e de unidade de Enfermagem” (BRASIL/1986). Ser chefe, é, segundo o dicionário, entre outras frases:

“1. Indivíduo, que entre outros, tem a autoridade ou a direção. 2. Capitão, caudilho. 3. empregado ou funcionário encarregado da direção ou supervisão de uma secção, departamento, repartição, etc. (...) Aum.: chefão; dim.: chefete, chefículo, chefinho. Fem.: chefa. (CHEFE, 1995, p.404)

Explicitaremos o que vemos como situação muito difícil para a enfermeira supervisora: ao mesmo tempo em que ela busca, ou tenta buscar uma relação de igualdade com sua equipe, ela é aquele personagem da instituição (e da história da enfermagem) responsável pelo bom andamento de seu setor (centralidade no supervisor), ou seja, no caso em que estamos vivenciando, pelo bom andamento das unidades de internação, do Pronto Socorro, do Centro Cirúrgico, da Unidade de Tratamento Intensivo:

“Acho que ela (educação continuada) é muito importante pra todos os profissionais.

De todos os níveis, de todas as áreas. Para a pessoa estar primeiro conhecendo a instituição onde ela está. Sabendo o caminho que a instituição espera que ela tenha e ao

mesmo tempo consiga se aprimorar no dia a dia dentro daquilo que faz. (...) de aprimoramento, de atualização, das pessoas se inserirem no contexto da instituição (...)".(SE)

Enquanto observávamos um prazer, agora observamos um dever, uma cobrança e um conhecimento da instituição. Agora a “chefe” (ou “chefão”, ou “chefículo”) é, socialmente, a que resguarda os interesses de quem? Da população atendida ou da instituição? Para que a população atendida tenha uma excelente qualidade nos serviços de enfermagem, seriam necessárias as figuras de chefia? Enquanto a enfermeira supervisora atua como educadora, cheia de prazer, ela não está sendo responsável também pelo bom atendimento de enfermagem?

Existe uma fala que ressaltamos aqui que reconhece o papel de mando do enfermeiro quando este utiliza o seu poder sobre a equipe de maneira autoritária esquecendo-se da distinção entre chefia e liderança:

“ (...) eu faço questão absoluta de não deixar a desejar. Porque se o funcionário, se ele tem capacidade ele pega uma enfermeira incapaz na frente dele, é pior do que o muro de Berlim. É terrível. Você se sente inseguro, sozinho ... e a hora que ele levanta a voz, que vai falar: cala a boca senão te dou uma advertência, você vai ser suspenso, einh.” (SA)

SOLER (1993) analisando a organização de trabalho da enfermagem, clareia a posição do enfermeiro sobre a equipe de enfermagem (utilizando o parcelamento de tarefas, a divisão de funções, que teve suas raízes no século XIX, na Inglaterra) e atribui à supervisão o controle de trabalho dos subalternos, concluindo que:

“A enfermagem, enquanto serviço de atendimento ao paciente, numa estrutura burocrática capitalista, torna-se uma prática voltada para a legitimação da hierarquia do poder, da divisão social e técnica do trabalho”. (p. 81)

Historicamente a enfermagem tem esse papel e, mesmo inserido nesta história geradora de conflito social, cabe ao supervisor como reconhecido pelos sujeitos no presente trabalho, proporcionar qualidade no cuidado de enfermagem, trabalhando com sua equipe através da educação continuada, dando-lhe importância:

“ (...) a melhora da qualidade da assistência em primeiro lugar. Vai melhorar muito em relação ao que você vai oferecer ao paciente (...) vai melhorar o nome da instituição (...)”.(SC)

“Pensando na qualidade de assistência ao paciente sempre e no próprio profissional. De estar atualizando, de estar tendo novos conhecimentos”. (SE)

Quanto ao fato de “poder cobrar do funcionário”, entendemos que a supervisora busca uma resposta ou uma avaliação daquele “treinamento” (SE), daquela relação de posturas estabelecidas para aquele posto (local das “dramáticas” de SCHWARTZ, 1998), daquelas competências e qualificações definidas previamente por aquele determinado sujeito que foi “treinado”.

III. 4. A SUPERVISORA DE ENFERMAGEM CONTEXTUALIZANDO A EDUCAÇÃO CONTINUADA E ANALISANDO OS FATORES QUE INFLUENCIAM NA SUA PRÁTICA

Acomodação, desestímulo, cansaço e limitação técnica do pessoal de enfermagem são fatores que as supervisoras reconhecem como prejudiciais a uma prática assistencial qualificada.

Contextualizando um comprometimento das mesmas sobre sua prática, reportamo-nos a FREIRE (1990) em análise sobre o compromisso do profissional com a sociedade, abordando a questão da *“reflexão sobre si, sobre seu estar no mundo, associada indissoluvelmente à sua ação sobre o mundo”* (p.16). Se destituídas de tais princípios essas reflexões não existem, o ser não consegue transpor os obstáculos que o mundo lhe impõe e portanto, não é capaz de compromisso.

Entendemos que a presente pesquisa permitiu que alguma reflexão fosse realizada. Algum aspecto da realidade multifacetária deste complexo mundo concreto das supervisoras de enfermagem emergiu nas reflexões. Elas se afastaram um pouco para admirar seu próprio mundo, demonstrando compromisso social e uma visão da situação sócio-econômica pela qual atravessa o país:

“ (...) é por todas essas crises sociais e culturais que estamos vivendo no momento. Financeiro. (...) tem cidades ali perto de Peruíbe ... você passa ali, tem um monte de índio, tudo bebendo, enchendo a cara. Isso aí também é crise cultural. Nós estamos vivendo uma crise muito grande (...)” (S A)

“Apesar da situação que a gente está vivendo, eu enfrentei uma situação agora por causa das greves, complicada, com falta de funcionários. Ultimamente a gente tem tido muito auxiliar que tem se tornado enfermeira (curso de graduação) e tem exonerado, as vagas não tem sido repostas, então fica complicado você administrar o que não tem”. (SB)

“Hoje as pessoas não estão mais preocupadas em atender o paciente. Aquele desestímulo que acontecia comigo, aquele desânimo, hoje é geral. Todo mundo. Você não vê mais o funcionário trabalhando pelo paciente como você via antigamente. (...) São coisas que a gente tinha que conseguir resgatar.” (SB)

“Falta por parte dos enfermeiros esse compromisso. Eu entendo que a gente está muito desestimulado. Porque várias vezes a gente já programou mas sempre foi cortado de uma maneira ou de outra. Foi tirado da gente. A gente tem que descobrir um mecanismo de forma que o enfermeiro seja o primeiro da equipe a estar estimulado.” (SB)

“A gente esbarra no problema dos horários. A motivação nossa das enfermeiras, está tão assim que a gente não quer mais fazer nem um minuto de hora extra. (...) se nem os enfermeiros estão dispostos a fazer hora extra, nenhum funcionário está com essa disposição. O hospital não paga, não vai remunerar.” (SB)

Esse desestímulo, este desânimo, repetidas vezes são mencionados e prosseguimos na tentativa de estimar as causas, pois na dialética, o indivíduo aparece como uma totalidade que se realiza e se exterioriza por outra totalidade, a sociedade.

Perguntamo-nos, se quando a supervisora refere a “antigamente” como uma época em que se trabalhava com mais dedicação ao paciente, a mesma não está incorrendo em um saudosismo, pois vimos vários depoimentos aqui sobre a história na instituição, que deram ao passado uma conotação de abandono até, provocando mágoas e choros nos enfermeiros novos:

“(...) um belo dia cheguei na UTI e a (coordenadora de enfermagem) abriu a porta e falou assim: essa aqui é a nova enfermeira da UTI, período da manhã. Fechou a porta, saiu e eu

entrei. Foi assim meu primeiro dia de trabalho. (...) Naquele momento eu senti que ela bloqueou o acolhimento, bloqueou o início de qualquer trabalho que eu fosse fazer.(...) Todo mundo já te encarando como uma peça inimiga, como um vírus que entrou. Não tem antibiótico que te mate. Mas você está lá. Você é o próprio vírus. As pessoas te abominam. Você tem que dar um jeito de mostrar para as pessoas que você não é um vírus, que você é uma vacina". (SB)

" (...) eles não aceitavam o comando de uma mulher, mais nova e com contratação mais recente. Então eu tinha tudo contra mim." (SB)

"(...) o dia que mandaram eu trabalhar à noite, era folga da supervisora da noite. Aí eu cheguei no hospital à noite, que é outro hospital, inclusive, sem conhecer ninguém, muito menos os funcionários com quem eu ia trabalhar. Recém formada. Eu chorava aqui dentro (...)" (SE)

"E o que machucava é que a gente olhava pra um lado e corria e não tinha apoio de ninguém." (SB)

"Quando eu estava engrenada, apaixonada (...) chegou a notícia assim, tipo meio dia que a partir do dia seguinte eu trabalharia na (outra ala) que é um setor que eu sempre abominei. Eu nunca gostei (...)" (SB)

"Foi uma época que eu trabalhava, cumpria minhas funções, minhas obrigações por obrigação, não por amor." (SB)

Esse saudosismo também vem carregado de um sentimento de que o presente está menos favorecedor do que o passado.

Entendemos que as razões dessa mudança podem ser de âmbito externo da política nacional de saúde (pois contextualizado pelas políticas neoliberais do governo, o SUS não consegue sustentar um compromisso de atenção à saúde da população, assim como junto aos trabalhadores) e também podem estar associadas a uma demonstração de dissabor sobre as relações humanas no interior do hospital. Tais relações podem estar em estado de tensão, permeadas por uma rede de poder (cujo modelo de análise se baseia em Michel Foucault) e em cuja “rede” a enfermeira aparece atuando como aquela que carrega a culpa de não estar conseguindo suprir a contento a missão de reger as relações com eficiência, de modo a proporcionar ambiente, estímulo e ânimo:

“ ... tenho vários projetos mas infelizmente por conta da sobrecarga de serviços que eu tenho, não consegui implantar nada.” (S A)

“É complicado você conseguir passar pra os auxiliares, pra os técnicos, essa coisa do dia a dia, dos aperfeiçoamentos, porque a gente fica voltada a outras coisas na supervisão, no hospital. A gente fica voltada a essa parte mesmo de revisão de materiais, a parte de lavanderia, a gente desvia um pouco do caminho.” (SC)

“(...) gaveta minha ... eu tenho um monte de coisa atrasada. (...)”. (SD)

Além das atividades que ela se atribui, relativas à equipe de enfermagem, vemos a mesma sentindo-se (solitariamente) na obrigação de cumprir ações que não são de sua pertinência, mas são de interesse multidisciplinar. Como “corpos dóceis” as supervisoras enxergam as falhas médicas e de outras áreas porém acabam assumindo, em virtude do paciente:

“O que acontece muito (...), que também é complicado, é que a coordenação e supervisão médica, ela não é tão presente e a coordenação e os supervisores de enfermagem acabam tendo que mediar muitos problemas que os médicos poderiam estar fazendo, por conta da ausência. Isso é uma coisa que ocorre muito. Você sabe disso.” (S A)

“A gente tenta andar junto. Mas se a parte administrativa fosse mais organizada, eu acredito em um trabalho melhorado. (...) não há um empenho muito grande dos profissionais, de estar dando certo. Eu acho que isso fica um pouco pra trás. A parte médica por sua vez não se envolve com a coisa muito não. (...) eles cumprem com o papel deles assim, de uma maneira ... (...) eles fazem do jeito deles e a enfermagem é a que mais abraça a coisa”. (SC)

“O recurso, por exemplo, do pessoal que faz manutenção. A gente fica naquela coisa. A gente tem que estar pedindo. A gente tem que estar implorando. Quem abraça isso? A enfermagem. Não é nem o médico nem o administrativo que se envolve com isso. É sempre a enfermagem, sempre a supervisão”. (SC)

“O que adianta só a enfermagem ser treinada pra trabalhar com o paciente, se o administrativo não está envolvido e o médico não está. Não tem como você separar as coisas”. (SC)

“Acho que (...) com o paciente é prá dar melhor qualidade. (...) E a parte de supervisores, coordenador, de enfermeiros, eu acho que é ter um relacionamento melhor, que as coisas estão muito soltas ...”. (SD)

Nas expressões “a gente está muito desestimulado”; “a gente já programou mas sempre foi cortado”; “foi tirado da gente”; “o enfermeiro seja o primeiro a ser estimulado” (SB), fica nítido o apelo de que as supervisoras são

gente e querem ser vistas como gente. Mostra o quanto se sentem oprimidas, reprimidas.

Achamos pertinentes, nesse ponto do trabalho, retomarmos uma palestra sobre a dialética da libertação, datada de 1968, em que MARCUSE provoca os ouvintes no que se refere à libertação:

“Pensem em Platão: libertação da existência na caverna. Pensem em Hegel: libertação no sentido de progresso e liberdade na escala histórica. Pensem em Marx. Mas em que sentido toda dialética é libertação? É libertação de um sistema repressivo, mau e falso – seja ele um sistema orgânico, seja social, mental ou intelectual: libertação pelas forças que se desenvolvem dentro de um sistema assim. Esse é um ponto decisivo. É libertação em virtude da contradição criada pelo sistema, precisamente por ser um sistema falso e mau” (1981, p. 186).

O filósofo nesse contexto, analisa a repressão da opulência americana sobre os próprios americanos. O que mais nos interessa ao citá-lo, é estar compartilhando a atribuição dada por ele, há 34 anos, sobre o sistema educacional (ao qual fazemos referência aproximando do que se propõe aqui, através de Paulo Freire):

“O sistema educacional é político (...) o que queremos é uma contrapolítica em oposição à política constituída e, nesse sentido, devemos enfrentar essa sociedade em seu próprio terreno de mobilização total. Devemos enfrentar a doutrinação em servidão com a doutrinação em liberdade. Cada um de nós deve criar em si próprio, e tentar criar nos outros, a necessidade instintiva para uma vida sem medo, sem brutalidade e sem estupidez. [...]” (id. p. 199).

Nossa insistência é de tentar demonstrar para a enfermagem que as metodologias reprodutoras não libertam, ao contrário, só nos ensinam a seguir regras e técnicas e nos deixam presas; deixam-nos com esses sentimentos que carregamos através da história, de submissão. Quando a supervisora diz *“a gente tem que descobrir um mecanismo de forma que o enfermeiro seja o primeiro da equipe a estar estimulado”*, ela está reconhecendo que precisa ser libertada,

respeitada. E nós dizemos que este mecanismo pode ser descoberto também através da educação continuada, com características emancipadoras do pensamento e modificadoras de condutas e práticas. KLEBA da SILVA associa, em estudo sobre a inserção do processo educativo de enfermagem em saúde coletiva, a possibilidade de luta e emancipação justamente com a resistência gerada nas relações de dominação e docilização. A autora afirma que os profissionais de enfermagem detêm, na condição de “sub-oficialato”, *“potenciais de ação e reação que podem ser utilizados num processo de “insubordinação”*. Assim, *unindo-se à resistência dos outros indivíduos, podem participar com eles num aprendizado coletivo de transformação das condições institucionais e de vida da população”* (1992, p. 200).

Também ABREU (1997), entende que a formação contínua vem sendo a propulsora de várias transformações (práticas e sociais coletivas) e não tem andado com mais vigor porque tem sido setorizada sem articulação real com os contextos de trabalho. Obviamente não podemos deixar de considerar que essa setorização é de interesse daqueles que não pretendem permitir que a enfermagem saia do tecnicismo e se deixe crescer através de uma educação libertadora/ transformadora.

Um grande entrave nessa busca pode ser porém, a própria resistência da equipe, talvez um ato inconsciente, em não se permitir esse processo:

“Porque eu acho que se fosse uma equipe, não sei se estaríamos conseguindo (...) quando tem muita gente, as pessoas se pegam um pouco, cada um quer fazer de um jeito”. (SC)

“Hoje acho que teve a ver com a minha experiência no momento e também por conta de eu estar sozinha. E acabava olhando muitas coisas ao mesmo tempo e acabei não conseguindo priorizar e caminhar (...)”.(SE)

“A gente não conseguia traçar uma linha, sabe? A gente às vezes traçava linha. Todo mundo se propunha, mas na hora de aplicar, não dava. Então eu acho que é isso que dificulta um pouco a educação. Porque na verdade são poucas as pessoas que se envolvem com isso, que se empenham”. (SC)

“Uma supervisão não está junta da outra. A gente não tem reuniões periódicas como antes. (...) não tem aquela coisa que faz a gente se envolver. (...) eu sinto que esse não reunir, esse não discutir, deixa a gente muito distante”. (SC)

“(...) essa coisa de estar abrindo a cabeça. Pra gente não enxergar só o próprio umbigo, né? Acho que a enfermagem tem um pouco disso.” (SE)

Ao mesmo tempo em que se constata uma fragmentação de equipe junto a sentimentos de solidão, de um não compartilhar, observa-se também o sentimento da necessidade da união, das conversas, discussões. Os supervisores reivindicam mudanças ...

“ (...) a coordenação de enfermagem não tem muitas oportunidades de estar saindo do hospital, de estar fazendo uma busca, uma procura, por conta de estar muito ali, tendo que apagar fogo”. (S A)

“(...) eu acho que a gente tinha que estar mais envolvido nessa coisa do estudo, mais envolvido nessa questão de como argumentar. Eu vejo enfermeiro que não sabe argumentar, não sabe se impor. Então eu acho que é nisso que a gente tem que trabalhar mais, que desenvolvesse mais isso”. (SC)

“Só que o problema neste hospital é que não tem continuidade de nada. O que mata é isso. Você entra num descrédito e você cansa. Não sei se toda instituição pública tem isso. Você não consegue. Eu acho que isso tem a ver com a falta de você estar sentando e planejando as coisas. (...). E por conta de falta de filosofia, por conta de falta dessa parte, que eu acho que acaba cada um levando as coisas como acha, entendeu? É um pensamento individual (...).”(SE)

... porém, com nitidez no discurso, revelam um pensar individual, com proposta de ações e soluções em níveis pessoais:

“O que me angustia é o enfermeiro não envolvido. É o enfermeiro que não estuda, que não participa. Limitado. Muito subordinado. Eu vejo o enfermeiro muito alienado. Porque não discute, não lê, não participa. Eu sinto que ele vem, cumpre a carga horária dele e vai embora. Isso que dificulta a educação. Ele não está voltado pra isso”. (SC)

“Acho que é insegurança. Não são todas, né. Mas esse tipo de enfermeira, é insegurança. Falta também um pouco de amparo, (...) de educação continuada, (...) de interesse da pessoa”. (S A)

“Embora a gente saiba que isso é meio ilusório porque tem muitos enfermeiros que não sabem fazer educação continuada, mas eu acredito que é muito por falta de leitura, de estudo, de abrir mesmo o horizonte pra educação. Acho que eles se limitam muito então eles não têm essa visão.” (SC)

Somam-se a estes depoimentos outros que demonstram o caminhar da enfermagem caracterizando uma maneira de formação de pensamento direcionado à individualização. Não há critérios técnicos para o preenchimento dos cargos de supervisão, permitindo uma

leitura de um julgamento subjetivo, nos levando novamente às discussões dos jogos de poder (dentro da própria equipe) e da resistência que a enfermagem demonstra em não ter (enquanto equipe) frente às condições impositivas do sistema administrativo, evoluído para um “aprendizado coletivo de transformação” (KLEBA da SILVA, 1992):

“Acho que isso é ruim. Você assumir como supervisora num lugar que você não conhece. Acho que isso é furado”. (SE)

“ Quando montaram o setor de educação continuada eu pedi pra ir (...) porque eu já era professora na época e me foi negado. (...) mas eu tinha gana de desenvolver isso daí e eu me senti lesada porque não me foi dada a chance de mostrar o meu trabalho. (...) eu senti que eu merecia, eu senti que eu tinha capacidade. Eu tinha um projeto (...). (SB)

“Mas eram coisas assim que não tinham explicações, eram coisas impostas e que não tinham justificativa. Olha você não tem competência. Olha você tem competência. Estou te colocando lá porque eu preciso de você. Estou te colocando lá porque eu quero te tirar da (outra ala). Não tinha uma explicação. Nunca teve. A gente sempre ficava no ar.”
(SB)

“(...) e eu cheguei à conclusão de que não importava o que eu fizesse. O resto da vida eu ia estar pipocando de um setor pra outro, conforme a vontade da chefia e não conforme o meu desempenho.” (SB)

“(...) esses cargos de chefia, são coisas muito efêmeras, muito passageiras, são coisas tiradas. Então muitas vezes a pessoa se dedica, investe pra crescer profissionalmente pra fazer um trabalho muito bom e por motivos políticos, pessoais até, esses cargos são tirados sem sequer avaliar a capacidade profissional.” (SB)

“(...) se hoje eu estou onde estou, foi sem cobrança de ninguém”. (SC)

“(...) foram no máximo dois meses que eu fiquei como enfermeira assistencial e logo fui como supervisora”. (SE)

Assim, vemos o quão complexa é a concretização de uma busca real de introdução de uma educação continuada em uma instituição, que pode ser libertadora/emancipadora e sofre resistências dos próprios sujeitos que a gostariam de conquistar.

Dando continuidade às falas que podem também avaliar as causas de desestímulos e desânimos, encontramos as seguintes:

“ Não sei se pela própria jornada de trabalho, que muitos tem outro emprego, por conta da remuneração não ser boa, então ele se acomoda muito. Se limita muito. O que ele traz do curso, ele esquece. Ele esquece muito, nossa, ele esquece ...” (S A)

“Existem umas escolas aqui de nível médio (...) eles não admitem que você reprove o aluno. Então o pessoal vai para o curso semi-alfabetizado. Eles não sabem fazer regra de três. Aí ele chega no concurso público, porque concurso público não avalia capacidade de ninguém, vê um monte de xizinho lá, tem sorte na hora de passar o gabarito do computador e entra aí bem. É complicado. (...) eu tenho experiência séria de pedir para o funcionário fazer 10 Unidades de Insulina e ele preparar 100. Se eu não estou lá ele tinha feito as 100 Unidades no paciente. Tinha matado o paciente.” (S A)

Nestas duas falas, dois importantes tópicos da contextualização são apontados:

O primeiro tópico é o esquecimento do que o profissional “aprendeu” no curso enquanto aluno e o segundo é a dupla jornada de trabalho. Sobre esses assuntos, trataremos a seguir:

Novamente voltamos às origens da nossa discussão: a educação. Porém aqui nos reportamos à educação formal e nos deparamos com a conclusão de que seu percurso foi voltado para atender e privilegiar o mercado de trabalho.

A enfermagem é uma profissão que utiliza conhecimentos de sua própria disciplina e de outras, como português, física, educação, matemática, medicina, biologia, sociologia, antropologia. A complexidade que caracteriza essa profissão é singular às outras, pois seus objetivos são voltados à reintegração do indivíduo, da família e da comunidade na aquisição de seus potenciais humanos (físico, mental, social). São objetivos de grande utilidade à humanidade, porém, seu reconhecimento em níveis de investimento de aprendizagem ainda são tênues e têm capacidade de resolução insatisfatória.

De certa maneira, a supervisora SA analisa o processo de ensino-aprendizagem reduzindo-o a uma burocracia a ser vencida pela escola e pelo aluno. Nesse sentido, tentamos estabelecer alguns pontos de apoio no sentido de melhorarmos nosso entendimento nessa questão, que são: como se configuram estrutural e legalmente os cursos profissionalizantes? quem são os alunos e por quê buscam tais cursos? Como são as escolas na teoria e na prática?

Em trabalho voltado a algumas dessas questões, abordando o perfil dos Auxiliares de Enfermagem ainda estudantes, na cidade de Campinas FIGUEIREDO e SILVA (1997), observaram que a maioria dos alunos que estava fazendo o curso e já trabalhava na área procurou o curso por “*necessidade de melhorar o conhecimento*” (55%), seguida de 33% que fez o curso para regularizar a profissão. Daqueles que não trabalhavam na área, a maioria (58,30%) respondeu “*interesse pela área*”, seguidos em 24,70% daqueles que gostariam de ter uma

profissão. Em tais respostas percebemos uma associação com a busca de melhoria nas condições de colocação profissional (manutenção ou ingresso).

Historicamente a educação profissional no Brasil é caracterizada pela atenção voltada aos desfavorecidos quanto aos aspectos sócio-econômico-culturais. Já na década de 40 as Leis Orgânicas da Educação Nacional tinham claramente explícitas que os ensinos secundário e normal direcionavam-se às elites condutoras do país e que o ensino profissional visava formar os descendentes dos operários, os menos afortunados que têm no trabalho um ingresso precoce. Por isso o tal ensino vinculava-se ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, enquanto que o secundário, normal e superior, ao Ministério da Justiça e dos Negócios Interiores. Entre alguns anos houve outras leis federais pertinentes ao tema e à divisão marcante entre elite e proletariado no âmbito de ensino, porém, foi a partir da LEI FEDERAL nº 4. 024/61 (1ª Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - BRASIL, 1961) que se estabeleceu uma equivalência entre todos os cursos do mesmo nível e na RESOLUÇÃO CNE/CEB Nº 04/99 (BRASIL, 1999), que institui as diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico, com o objetivo de propiciar o direito ao cidadão, de desenvolver as aptidões para sua vida social e produtiva.

Como princípios norteadores vislumbramos entre outras, a atenção ao desenvolvimento de competências para a laboralidade, interdisciplinaridade e flexibilidade, entendendo-se como competência profissional a adequação às atividades requeridas pelo posto de trabalho, lançando-se mão dos conhecimentos e habilidades.

É nessa realidade que se encontra o Auxiliar de Enfermagem, que legalmente exerce atividades de nível médio e de natureza repetitiva (Lei Federal nº 7. 498/86, BRASIL, 1986), as quais aprende no curso profissionalizante.

Com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), o Ministério da Saúde pretende qualificar ainda mais o

mercado de trabalho da saúde, estabelecendo um prazo de quatro anos, a partir de 2000, para formar auxiliares de enfermagem competentes, em parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego.

Sob esse contexto, encontramos um artigo que demonstra que existem profissionais ligados à educação de enfermagem preocupados com as consequências de tal projeto pois há riscos, visto que a demanda se origina em setor da economia com *“sua lógica econômico-capitalista”* (TORREZ, 2001, p. 45), distinguindo-se da lógica do SUS, com o compromisso de promover a assistência em seus níveis. A autora alerta para que se vejam os riscos e enfrentem-nos com crítica e proposições e lança a questão do significado real do Sistema de Certificação de Competências (SCC) do PROFAE. Entende que não devemos ser *“apenas reprodutores de um dado discurso pedagógico, transpondo-o irreflexivamente para a realidade brasileira e para o SUS”* (id. p. 46). Em seu discurso, notamos que a autora busca modificar a realidade, reformular conceitos, refutar aquilo que ainda não está bem entendido. No caso citado, recorre à *“relocação do discurso existente em torno do paradigma das competências [...]”* (id. p. 46), buscando dar-lhe um sentido crítico e tornando público que existe o risco, no SCC, do mesmo ter permeabilidade ao behaviorismo, levando-nos a uma situação tecnicista de ensino e aprendizagem.

Ora, o paradigma de competência que defendemos, em tudo foge ao behaviorismo, pois o trabalho prescrito é caracterizado no taylorismo/fordismo e a defesa que temos de uma educação emancipadora, nos leva a um conceito de competência onde o trabalhador é um indivíduo em evolução, ser crítico, não tarefeiro, um trabalhador consciente das relações *“dramáticas”* de trabalho (crítico nas relações sindicais de sua categoria), da necessidade de atenção de saúde da população (da qual é inserido através de meios político-sociais como, por exemplo, os conselhos locais de saúde), enfim, ser humano e humanizador.

Tal perigo de aceitar as regras, ou por analogia a outras experiências ou por acomodação social existe e permeia os órgãos formadores de trabalhadores da saúde.

A escola é representada para os alunos através dos professores, os quais em sua maioria, são os próprios enfermeiros.

Vemos em PIERUCCI (1997) que os alunos de graduação de determinada universidade, embora reconheçam a função educativa do enfermeiro, entendem que tal função se restrinja ao método tradicional da transmissão, não aludindo a uma educação transformadora e emancipadora. Embora saibamos que há profissionais que busquem atingir uma educação próxima a tais caracterizações, o ensino tradicionalista desenvolveu nos estudantes, segundo ROSA

“ (...) uma mentalidade lotérica, em que o saber ficou reduzido ao maior número de pontos em testes que não exigem o menor esforço de raciocínio” (2000, p. 45).

Outro apontamento crítico foi sobre o curso de graduação que trabalhou as técnicas de enfermagem baseando-se em condições ideais fazendo com que o recém formado se defrontasse com uma realidade adversa da teoria. Porém, podemos constatar que nessa fala particularmente, a supervisora de enfermagem admite que aprende também, do indivíduo que teria o papel de educando na formalização institucional tradicional sendo coerente com o conceito de educação de Paulo Freire, onde não há educador nem educando, mas indivíduos que trocam suas vivências:

“O que o (auxiliar) sabia de procedimento, de técnica de improviso ... e eu fui sugando aqueles conhecimentos todos dele. Coisas que na faculdade a gente não tem. A gente sai

cru da faculdade. Se tem o material você faz tudo bonitinho, na técnica, mas muitas vezes a gente não tinha.” (SB)

A expressão citada pela supervisora *“a gente sai cru da faculdade”* é uma das afirmações que podemos concordar sem necessidade de maiores considerações. Associamo-la com ingenuidade, insatisfação, inexperiência. Percebemos que a supervisora demonstrou sentimentos similares aos que, cinco anos antes dela, também nos inquietavam, talvez sem demonstrarmos ou exprimirmos, pela imaturidade ou desatenção aos fatos.

PIERUCCI (1997) analisa o processo de ensino aprendizagem da graduação em enfermagem fazendo um retrocesso histórico e mostrando-nos que o tecnicismo servil ao modelo de atenção hospitalar regia o currículo de enfermagem desde a década de 60 e com o parecer 163/72 estabeleceu-se uma política muito voltada para o aspecto curativo e pouco para o preventivo.

Foi neste modelo de gestão que nos vimos aos 18 anos de idade, para atravessar até aos 23 os percalços da graduação. Entendemos que a fala da supervisora também se contextualiza nesta realidade, porém por ter sido em outra universidade, com suas características peculiares.

Sair cru da faculdade não significa que não se sabe nada, mas tal expressão pode ser entendida como uma condição em que se saiu do teórico e foi-se para o “mundo real”, visto que não se estabeleceu vínculo entre o ser doente com o mundo que o rodeia, mas enfatizou-se a o desvínculo da doença com o social (BAGNATO, 1994). Desvincular do social na enfermagem, nos parece não ser apenas em relação à doença. Encontramos em LOYOLA, observações realizadas na ocasião de sua dissertação de mestrado, junto a enfermeiros, que revelaram que terem sido estudantes da faculdade de enfermagem os diferenciou dos demais estudantes pelo:

“excesso de repressão, (...) disciplina rigorosa e (...) exigências rígidas, vividas pelos estudantes como desnecessárias para a sua formação” (1987, p. 62).

A mesma ressalta que os sujeitos de sua pesquisa sentiam-se também cobrados em aparência pessoal, postura, disciplina, carga horária excessiva e percebiam que seu curso parecia separado dos demais. A autora prossegue destacando que também os movimentos estudantis não eram vistos com bons olhos nos cursos de enfermagem.

Convém observar que a referida pesquisa se deu em fins da década de 80, porém ainda hoje vemos referências sobre alguns desses aspectos que caracterizam o curso de graduação em enfermagem como um preparo à disciplinarização que se estabelecerá talvez no primeiro emprego. Escolhemos uma abordagem do site do Diretório Acadêmico da UNISINOS, em um hipertexto denominado “Mandamentos dos Estágios”, que demonstra criticidade do estudante perante sua realidade, e deixa-nos pensando que as normas ditadas pelos professores na década de 80 ainda parecem estar vivas, corroborando assim, com uma dinâmica de segregar o aluno de enfermagem desvinculando-o do “mundo real”:

“ Durante o período de estágio:

- ❖ *Não sentirás sede nem fome;*
- ❖ *Não terás vontade de ir ao banheiro;*
- ❖ *Teu ônibus ou metrô não quebrará nem atrasará;*
- ❖ *Não terá greve de transporte coletivo;*
- ❖ *Não discordarás dos diagnósticos de enfermagem;*
- ❖ *Saberás responder prontamente os questionamentos de teu mestre;*
- ❖ *Não sentirás atração por cliente algum;*
- ❖ *Não iniciarás relacionamentos amorosos com residentes, médicos e afins;*
- ❖ *Saberás fazer dobras de lençol impecáveis;*
- ❖ *Nunca sairás mais cedo do estágio (nem em caso de coma);*
- ❖ *Verás festas da Atlética pelas janelas do hospital e não participarás;*
- ❖ *Terás hora de entrada, mas não de saída;*

- ❖ Não esquecerás o material de bolso;
- ❖ Terás sempre pronto o estudo de caso (mesmo antes de cuidar do cliente);
 - ❖ Saberás interação medicamentosa, reações adversas, efeitos colaterais mecanismos de ação de todas as drogas que administrar;
- ❖ Contarás cinco minutos o gotejamento e voltarás para conferi-lo de 30 em 30 minutos;
- ❖ Receberás ordens de todos (inclusive seguranças) e jamais as dará (...);
 - ❖ Darás banho no leito ou de ajuda e jamais se molharás;
 - ❖ Nunca faltarás”.

Retomamos aqui, a discussão de desânimo e culpa sobre o mesmo, e não podemos imaginar que se produzam resultados diferentes sob um regime desse porte (disciplinador) na condução de um curso de formação universitária, assim, como não nos surpreenderia ouvir de um profissional que está despreparado ou que demonstre insegurança frente ao papel que entende que deve desempenhar (pois foi assim que “aprendeu” na escola, e esse depoimento reforça a importância de uma educação libertadora/transformadora):

“Em relação ao aplicar lá no momento, na hora, talvez eu não me sinta preparada pra aplicar. Vamos supor se eu tivesse que ensinar alguém ali na hora pra refazer um curativo, ou até mesmo uma técnica nova, eu acho que eu teria que em primeiro lugar passar por um processo pra aplicar. (...) a gente se volta pra outras coisas e a gente acaba perdendo a mão, a habilidade.” (SC)

Concordamos com BAGNATO (1999), em análise realizada sobre a formação dos profissionais da área da saúde, quando diz que as universidades se deparam com as exigências do mercado de trabalho de um lado, e com a responsabilidade de trabalhar com uma filosofia voltada para as necessidades da população de outro; porém, inserimos nesta situação de tomada de decisão a mesma defendida por DE SORDI:

“O ensino universitário precisa ser reoxigenado para dar conta da realidade social, complexa e mutante, o que coloca novos desafios para os formandos. Reverter a lógica do ensino orientado pela racionalidade técnica que estreita o olhar dos futuros profissionais é desafio inadiável” (1999, p. 28-9).

A autora deixa transparecer sua inquietude frente à necessidade de comprometimento do docente diante de uma maior facilidade de mudança de currículo, visando inovações que pretendam resolver problemas *“históricos do ensino universitário”* (id. p. 25) com a dificuldade de concretizar a mudança, vislumbrando uma inércia difícil de ser superada, porém reconhecendo que nunca uma tentativa de proposição de projetos seja infrutífera.

Acreditamos que a contribuição do processo pedagógico para os enfermeiros/sujeitos que serão parte de um todo, parte essa, determinante da continuidade de um modelo ou de rompimento através da prática da educação continuada, seja tão importante quanto os conceitos de cidadania, democracia, equidade e dignidade do ser humano.

Reconhecemos que inúmeras são as variáveis que buscam impedir tal progressão (e também outras que surgem com o ideal de levar a enfermagem a se vincular à realidade sócio-econômica-cultural de seus profissionais), porém entendemos também que apesar da correnteza forte caracterizada pelos caminhos de racionalização do capital, todas as formas de luta para reverter esse quadro devem aparecer e destacar-se. Deparamo-nos com muitos trabalhos de graduação e pós-graduação que têm essa pretensão e a nossa é de se agregar a eles. Podemos citar um, no qual, com uma abordagem gestáltica ⁽¹⁸⁾ as autoras acreditam que:

(18) Gestalt:: *“ abordagem da psicologia fundamentada na filosofia humanista, na teoria de campo, na teoria holística e na fenomenologia existencial, ampara nosso modo de pensar e trabalhar na enfermagem, guiando nossas ações no sentido de buscarmos a integração da pessoa e do profissional”* (id. p. 416).

“ [...] como participantes ativos na formação de profissinais, temos muito a contribuir nesse processo, uma vez que pela própria natureza do nosso trabalho, estamos continuamente fazendo contato com as partes do comportamento das pessoas, com vistas à sua totalidade. Ao estarmos no encontro com o outro, a partir de nós mesmos, ampliamos a possibilidade de integrar o profissional ao pessoal, transcendendo qualquer um dos lados em separado e caracterizando, de fato, uma postura dialógica, com fundamentação holística” (ESPERIDIÃO e MUNARI, 2000, p. 420)

Também consideramos o trabalho de SANTELL et al. (1999), como uma forma de luta a favor da emancipação criadora, pois recomendam que estimulem-se junto aos professores, a criatividade através de diferentes vias para que se alcancem enfermeiros criadores, imaginativos, com sólidos conhecimentos, protagonistas dos avanços técnico-científicos e prontos a aplicar soluções nas situações que se apresentam. Consideram que o interesse cognitivo do estudante se desperta durante o processo de formação e depende do docente um acertado direcionamento pedagógico.

Retomando o segundo ponto a que se referiu a supervisora SA: Dupla jornada devido à remuneração insuficiente:

“ Não sei se pela própria jornada de trabalho, que muitos tem outro emprego, por conta da remuneração não ser boa, então ele se acomoda muito. Se limita muito. O que ele traz do curso, ele esquece. Ele esquece muito, nossa, ele esquece ...” (S A)

Acrescentamos outra fala que também faz menção à dupla jornada de trabalho:

“A maioria dos auxiliares está partindo pra ter dois empregos. Quem não conseguiu dois empregos está procurando fazer um curso, alguma coisa pra sair dessa área.” (SB)

Sabemos que na enfermagem, o gênero predominante é o feminino e, quando se fala de dois empregos devemos lembrar que também há a

sobrecarga inerente ao papel feminino na sociedade e aquele tempo que deveria haver (teoricamente) para a recuperação do desgaste físico, ou à recreação, ou à convivência social desaparece: o tempo livre, necessário para que haja reflexão, criatividade e potencialidade de mudanças, fica inviável àquele que queira sobreviver (DEMASI, 1994 e FROMM, 1963).

Além disso, AVENDAÑO et al., em estudo sobre a saúde das enfermeiras do setor público no Chile, elencou uma série de atividades que as mulheres que trabalham com enfermagem, desenvolvem junto a suas famílias e à comunidade, que acabam por sobrecarregar ainda mais as trabalhadoras:

- “- decisões sobre a atenção à saúde dos membros de sua família;*
 - socialização e criação saudável dos filhos;*
- produção, seleção, preparação e distribuição dos alimentos na família;*
 - prestação de serviços de saúde no lar;*
- manutenção do registro da situação de saúde dos membros da família;*
 - identificação das doenças;*
 - acompanhamento dos doentes aos serviços de saúde;*
- prestação de serviços de enfermagem, terapia física, primeiros auxílios;*
 - educação sanitária dos filhos;*
 - atenção à saúde de parentes doentes;*
- tarefas relacionadas com a higiene do lar, como a aquisição de produtos de limpeza, limpar, lavar, tirar o pó, recolher a roupa suja.”*

(1997, p. 117-8)

Percebemos que este estudo (id) abordou aspectos que precisam ser considerados quando se pensa em construir uma realidade multideterminada e socialmente comprometida da classe trabalhadora da enfermagem, portanto, entendemos que, sendo o tempo livre necessário para que haja criatividade, reflexões e mudanças, vemos um grupo de profissionais da área que esbarram, por questões de sobrevivência, no excesso de atividades

“intra e extra-muros” institucionais. Talvez sem problematizar a realidade vivida, busquem-se “escapes” que seriam soluções individualizadas utilizando-se os recursos permitidos legalmente nas tentativas de amenizar o desgaste físico provocado pela dupla-jornada, efeitos da feminização da enfermagem, carregada de sobrecarga de serviços. Tais “escapes” podem ser relacionados ao que Taylor percebe quando em sua trajetória de organização de produção: a “vadiagem natural” (indolência, preguiça, autopreservação); “vadiagem intencional” (a cera, a manha) e o “boicote”, que pode ser entendido como uma prática dos trabalhadores em fazer o serviço mais lentamente sem a ciência da supervisora ou enfermeira (FLEURY, 1995).

“(...) problema sério isso, né. O funcionário não rende, não produz, seja ele o que for.

Auxiliar, enfermeiro ... e você tem que estar dando um jeitinho ... o estatuto do funcionário público desampara muito a chefia. (...). É porque depois que ele se torna funcionário público você não pode fazer muita coisa. Não tenho autonomia pra estar chamando funcionário, falando não dá, que a gente sente muito (...)”.

(S A)

“Um funcionário que tem muito problema aí é o (fulano). Foi mandado para a prefeitura, foi solicitada exoneração de cargo, foi feito o diabo. O cara está aí, ó. Igual a ele tem uns 50 na instituição.” (S A)

“Como pode pegar um alcoólatra e reciclar? A pessoa não tem nem capacidade de fixação, de fixar. Quanto mais de raciocinar.” (S A)

“ ... tenho número menor de funcionários ... tive perda de muitos funcionários, aposentados ... uma funcionária ... que está indo para um ano de afastada e também a (fulana) não aparece pra trabalhar, vive de LTS (Licença para Tratamento de Saúde). De

doze meses do ano se ela trabalhar três é muito. Então esse tipo de coisa estressa muito a chefia porque ela não operacionaliza o serviço entendeu? E ela tem que ficar não é? Eu estou com um desfalque muito grande de funcionários.” (S A)

A supervisora sofre por que não consegue ter uma equipe para “treinar” e deixar exemplarmente trabalhando em níveis técnicos ótimos. Para que ela possa realizar esse objetivo, a mesma não pode se deparar com os problemas reais do mundo que a cerca: falta de trabalhadores porque não há cobertura da demanda necessária pelo órgão governamental responsável; não há um lugar próximo e adequado, uma sala de aula, para que se realizem os treinamentos; não há tempo para a realização dos treinamentos ou mesmo acompanhamentos dos trabalhadores, porque a supervisora tem outros afazeres, relacionados ao seu modo de ser profissional:

“ Ah... falta de recursos materiais, falta de verba, falta de uma área física, até pra uma reunião nós não temos ... falta nossa, tudo!” (S A)

“A gente não tem recursos pra estar aplicando. (...) Como vou dar uma atualização pro pessoal? Por exemplo, de motivação. Tem que ter local pra isso. E eu gostaria que tivesse dentro do lugar onde eu atuo, porque eu não tenho como tirar a equipe.” (SC)

“A gente precisa por exemplo, de um vídeo. Nós não temos (...). A gente precisa de transporte. A gente não tem. São fatores que dificultam e atrapalham até mesmo no desenvolvimento (da área) em si. O que vai interferir na assistência ao paciente e que na verdade está interligado à educação”. (SC)

“ ... isso pra mim é horrível, porque eu não posso mudar nada. Como é que sem recursos humanos eu vou fazer alguma coisa? Não tem condições.” (S A)

“ ... o que eu vivencio são fatores que quase todos os supervisores também vivenciam.”

(SA)

“Nossa realidade hoje não nos permite chegar numa área e falar: preciso de dois funcionários porque está tendo um treinamento. Não dá porque os números estão muito contados, muito limitados.” (SB)

“Você deslocar um funcionário no horário de trabalho, fica complicado. As equipes como um todo, estão muito desfalcadas. A qualidade caiu muito.” (SB)

“Falta também recursos humanos lá. São colocadas pessoas que praticamente não conseguem trabalhar (em outros setores). Uma pessoa que tem um problema, que não pode fazer muita força, é colocada lá. Com problemas cardíacos”. (SC)

“Eu fiquei um ano e meio sendo supervisora e enfermeira (...), que a (enfermeira) foi embora (...) e eu tenho cobrança de supervisor, mas tinha que ter a cobrança de enfermeiro! (...) Falta pessoal pra gente estar tendo disponibilidade de sentar e montar alguma coisa. A (enfermeira) não é do (setor) mas teve que vir, senão ia ficar sem enfermeira”. (SD)

“(...) a enfermeira ficar no lugar do funcionário. Não tem esse tempo pra sentar, pra fazer um projeto”. (SD)

“Uma coisa que a gente tem também é uma questão de déficit de recursos humanos. É uma coisa que emperra”. (SE)

“A questão de absenteísmo é grande na enfermagem. É uma coisa que você vê e fica preocupado. O que fazer pra estar resolvendo?” (SE)

Sentimos durante as entrevistas, que esse olhar para com a equipe se impõe à medida em que o papel da supervisora é assumido e esperado pela instituição. A avaliação do desempenho do funcionário se faz necessária e faz parte das atribuições da supervisora. A frustração gerada pela contradição entre detectar o problema e não poder resolvê-lo devido à ineficiência da máquina administrativa, mostrou-se destacada nas falas e como um ponto a mais na insatisfação da supervisora. Esta, dentro de uma estrutura de classes, vive um conflito inter classes, entre o Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem/enfermeiro, subordinados ao supervisor pelos aspectos técnicos, comportamentais, éticos, relacionais, porém subordinados economicamente à Prefeitura Municipal de Campinas.

Esta situação da supervisora demonstra seu papel utilitário no sistema como docilizadora de sua equipe e como continuísta de uma formação tecnicista, porém a mesma também se sente incomodada, desanimada, desestimulada, insegura, revoltada e aparentemente perdida por não saber encontrar uma porta que a leve a um caminho que solucione esse complexo mundo da enfermagem dentro de um hospital.

Insistimos que essa porta pode se abrir para um caminho de libertação e respeito, cujo início pode se dar através da educação continuada, com características emancipadoras do pensamento e modificadoras de condutas e práticas.

III. 5 . A SUPERVISORA DE ENFERMAGEM LEVANTANDO EXPECTATIVAS E CRÍTICAS SOBRE EDUCAÇÃO CONTINUADA NO SEU COTIDIANO:

As conseqüências da postura socialmente submissa da enfermagem, levam-na a constatar com fortes sentimentos, a imutabilidade na realidade dentro de uma instituição como um hospital tal qual o hospital em foco nesse estudo:

“Não vejo que a supervisora cresce, não vejo que a enfermeira cresce, eu não vejo que o funcionário cresce. Eu vejo que está uma coisa estagnada (...)”.(SD)

“No (hospital) (...) ela nunca existiu. Na verdade, acho que quando você chega aqui, você não é recepcionado, você não conhece o hospital, você não se envolve, não tem uma filosofia de trabalho e a educação acaba não existindo”. (SE)

“Não tem nenhum programa de admissão (...) que você venha, apresente a instituição, que você saiba o que a instituição espera de você (...) e o que a enfermagem espera do profissional que está entrando aqui e o que ela vai dar em troca. Tanto oferecendo como cobrando. Postura e tudo mais”. (SE)

Porém ainda existe um diálogo que reconhece uma probabilidade de que podem haver mudanças e que elas dependem dos supervisores e de vontade institucional. Se destacam palavras “compromisso” e “vontade” que já surgem no grupo, embrionando uma possibilidade de concepção da educação com características transformadoras:

“Eu vejo hoje que é uma questão difícil e as coisas estão fluindo. (...) o supervisor ali não está sozinho. Você tem pessoas, tem compromisso e você pode estar repartindo essa questão da educação”. (SE)

“60% (do tempo do supervisor no HC da Unicamp) relacionado só com educação, acho que é um privilégio, é uma coisa gostosa. Mas enquanto a gente não consegue isso não dá pra ficar de braços cruzados”. (SE)

“(...) não falta muita coisa não. Acho que vontade que a coisa dê certo. Só que essa vontade tem que ser desde manutenção, desde limpeza, desde enfermagem e desde médico (...) você percebe que existe interesse de pessoas e de outras não. Então você sempre fica batendo na mesma tecla”. (SD)

“É que eu acho que a primeira coisa é vontade. Segunda é estar tentando se organizar mesmo e começar a trabalhar. Não esperar nada. Porque a gente sempre espera alguma coisa acontecer mas acho que a gente tem que ter atitude mesmo”. (SE)

O reconhecimento de que o que se faz ainda é pouco, deixa a desejar, significa o desejo de mudança, mas também pode significar um sentimento de culpa pelo fato de o enfermeiro se atribuir e se responsabilizar sozinho pela educação continuada:

“Essa educação que eu faço, de tapa buraco (...), de quebra-galho. Não é uma coisa muito técnica, não é uma coisa muito bonita de você chegar e falar. Como não foi uma coisa projetada, não é um projeto prévio que você está desenvolvendo (...).” (S A)

Mudanças deveriam idealmente se iniciar pelo básico, que segundo os sujeitos deste trabalho, seria relacionado a uma autonomia profissional da enfermagem. Existe uma subordinação histórica ao poder, que a enfermagem enfrenta, que percebe e repele ...

“Acho que deveria ter um organograma, uma diretoria de enfermagem. A divisão de enfermagem desvinculada da área médica. Essa subordinação faz com que a gente tenha pouca autonomia, muito pouco poder de resolutividade.(...) a gente tem que dançar conforme cada um toca, né.” (S A)

... porém a supervisora tem posição radical com relação ao entendimento da instituição sobre a educação continuada. Entendemos que essa postura é impeditiva de qualquer iniciativa e vemos que por outro lado, se pensa: “[...] enquanto a gente não consegue isso não dá pra ficar de braços cruzados” (SE):

“Agora, é uma atitude que depende também dos interesses da instituição. A instituição enxergar que a educação continuada é desesperadamente necessária e acreditar mais no que a gente fala. Está faltando crédito.(...) Enquanto isso não for resolvido, não tem como a gente trabalhar.” (SB)

“Está faltando crédito” é um ponto de partida para se pensar na busca do crédito. GELAIN (1993), mostra uma frustração (sem necessariamente usar esse termo e em certa situação) ao se referir ao poder do enfermeiro que parece ser efêmero, pois que nas tomadas de decisões importantes e mesmo naquelas referentes à enfermagem, sua presença e participação são insignificantes. Também SOLER (1993) analisa tal questão do poder e se mostra mais radical quando nos diz:

“Entretanto, parece razoável considerar que essa posição (de supervisão) não pode ser confundida com autonomia e muito menos com participação efetiva dos enfermeiros no espaço de gestão. Caracterizá-la como prática administrativa seria conferir-lhe um falso poder uma vez que, definitivamente, a escolha, a mudança, a determinação das prioridades e estratégias assistenciais e de utilização da força de trabalho enfim, a participação no processo decisório estão cada vez mais distantes do seu âmbito de atuação”. (1993, p. 87-8)

Talvez os supervisores, em um momento, desconsiderem essas afirmativas e entendam como elemento básico num processo de mudança, a organização interna da coordenadoria, uma disposição atribuída à enfermagem:

“Acho que num primeiro momento tem que ter uma coisa estruturada. Hoje não tem nada estruturado. Na supervisão de enfermagem não tem nada estruturado”. (SD)

“Que tenha um projeto, um objetivo. Um resultado. Você tem que ter um projeto e depois passar esse projeto para as pessoas, para ver que deu certo. Aí que cresce. A partir do momento que você mostra o resultado, é aí que começam as pessoas a falar ... aí as pessoas tem que se inteirar. As pessoas que não querem vão destoar do grupo, que conseguiu”. (SD)

“(...) acho que precisa de educação, acho que precisa assim, ter durante a semana, durante o mês, não sei como, mas assim, tanto o prático como o teórico, como relacionamento, disciplina, responsabilidade ...”. (SD)

Porém, encontramos uma junção dos dois elementos que temos discutido: o poder institucional, quando referem-se a “a instituição tem que passar por uma reestruturação total”; “aqui é um serviço público”; reposição do quadro de pessoal; “o coordenador tem que ser exigido” e o poder da

enfermagem, nas referências: “reciclar a desatualização das enfermeiras”; “ele deveria fazer um plano de ação para aplicar junto aos funcionários”; “sozinha você não consegue caminhar”:

“Pra você implantar uma educação continuada, a instituição tem que passar por uma reestruturação total^(), inclusive até de reciclar a desatualização das enfermeiras^(*). Tem muita enfermeira por aí que se sair daquilo que ela está fazendo não sabe. Tem que estruturar tudo tudo tudo. Aqui é um serviço público^(*) não é? (...)”.* (S A)

“Hoje eu não consigo enxergar outra opção. (...) é você estar repondo o quadro de pessoal^() que está muito defasado e a partir daí você estar programando uma retirada desses funcionários. Assim, tudo programadinho. (...) acho que essa é a forma mais coerente de fazer a coisa.”* (SB)

“ (...) acho que em primeiro lugar ele (coordenador) que teria que pensar melhor nisso e fazer um plano de ação pra aplicar junto aos funcionários, mas por sua vez ele teria também que ser exigido. (...) aqui não tem essa exigência ao supervisor, essa cobrança em relação a isso (...) por parte dos outros, no caso a coordenação.” (SC)

“(...) tem que ser uma coisa com comprometimento de muitas pessoas. Muitas cabeças e uma diretriz pra gente estar fazendo as coisas. (...) sozinha você não consegue caminhar (...) acabei me sentindo muito frustrada porque eu não dei conta”. (SE)

Esse arranjo perfeito que as supervisoras buscam (emaranhado em conceitos de educação continuada voltados a métodos de transmissão, reciclagens) se torna ingênuo se for desvinculado de uma abordagem política, na qual a estruturação do serviço de enfermagem é o centro da discussão,

entrelaçado com as condições históricas do poderio médico e submissão da enfermagem, com as divisões de tarefas intrínsecas à categoria.

A quem a educação continuada deve se voltar primeiramente?

Esta foi uma questão direta, realizada perto do final das entrevistas, quando os supervisores já haviam passado por fases de lembranças e reflexões. Assim, as respostas ocorreram sem demora e unanimemente referiram-se aos enfermeiros, aos supervisores e ao coordenador (muito voltadas ao viés tecnicista da educação):

“(...) os primeiros que devem receber educação continuada são os enfermeiros. (...) na UTI pediátrica, pedi tubo para uma enfermeira que estava na porta e ela veio com um monte de tubo 7,5, 8,0 (...) vou falar o quê? ...” (S A)

“para os enfermeiros. Porque os enfermeiros são líderes de equipe. (...) Se ele se envolver e se empolgar ele acaba passando isso, até sem querer.” (SB)

“À supervisão! E nosso caso, junto ao assistencial, porque (...) muitos assistenciais não estão preparados para isso. Tem essa dificuldade.” (SC)

“Sinceramente eu acho que a coordenação de enfermagem tem que se estruturar enquanto serviço de enfermagem. A minha resposta seria primeiro os enfermeiros, os supervisores, o coordenador ...” (SE)

Nesta última consideração revela-se a vontade da supervisora em situar a enfermagem dentro da organização, como estrutura. Demonstra-se insatisfação com relação a essa dependência.

Essa vontade de que a educação se volte primeiramente para esses sujeitos líderes de equipe, demonstra o quanto os mesmos preocupam-se com a

qualidade da assistência, o amor que sentem pela sua profissão e o apego com a instituição.

“Graças a Deus que tem o (hospital), porque muita gente tem a assistência que tem, não é? Eu amo, adoro de paixão o que faço. Sou apaixonada.” (S A)

“Eu tenho paixão por isso aqui. Não sei porque. Até hoje não sei porque. Talvez por insegurança de estar começando algo novo.” (SB)

“O que eu gosto mesmo é de assistência. Às vezes eu me empolgo como supervisora fazendo curativo, dando assistência numa coisa ou outra. Porque a gente não pode é perder a mão”. (SB)

“Pra mim é a glória. Eu amo aquele (setor)”. (SD)

Revela-se um amor, uma paixão, um gostar demais da profissão e da instituição e, em um instante estamos no campo das emoções. Nesses momentos singulares vimos a força que o trabalho tem nas vidas das pessoas. Não pudemos deixar também, diante de tais depoimentos, de remetermo-nos às idéias de WEBER (1980) quando trata do espírito do capitalismo, em cuja obra busca-se uma análise sobre a relação de sustentação do capitalismo na ética protestante. O autor busca a gênese sobre algumas questões, dentre elas a da vocação. Nos escritos de Martinho Lutero, encontrou que este considerava-a como ordem de Deus, devendo o indivíduo adaptar-se a ela, submeter-se. No calvinismo, encontrou que o trabalho é a própria finalidade da vida e é onde o homem cumpre a sua vocação. Dessas premissas, conclui que existe grande influência do cultivo da vocação vindo do protestantismo e do calvinismo, sobre a manutenção do espírito do capitalismo.

Em RIBEIRO (1995), encontramos um estudo sobre a moral e a vocação na enfermagem de Portugal:

“A forte influência da moral cristã ao longo da história da enfermagem terá contribuído para associar a noção de cuidar à de serviço e de dever. Estava-se próximo à idéia de vocação, por um lado, e muito próximo da idéia de vocação religiosa, por outro” (p.42).

A autora observa que durante décadas *“a inculcação de normas e regras de comportamento visando a formação do carácter”* (id. p.42), contribuiu para a imagem ficar impressa e consolidada na figura da enfermeira. Observamos que a mesma cita o papel das escolas em veicular o ideal da enfermeira com as qualidades morais, o qual vai se reestruturando com o passar do tempo e então em 1973 substitui-se a expressão obediência por cooperação.

Entendemos que aqui no Brasil há um caminho similar e ainda nos dias de hoje observamos a preocupação da imagem, como elemento que deve ser irrepreensível:

“(...) mas eu fico revoltada quando chego numa enfermaria e a enfermeira do setor está trabalhando de rosa. Isso me machuca. Me maltrata, eu não me conformo. Eu acho que moralmente a gente tem que vir de branco. (...) Moralmente a pessoa tem que ser limpa. (...) Você tem que ser o exemplo vivo.” (SB)

Ora, o “amor” e a dedicação à profissão através até da própria imagem, expressos há pouco, têm uma correspondência, por vezes, menor da instituição à qual se dedicam os supervisores. Os mesmos voltam o olhar para a imagem que se têm a respeito deles e a busca que fazem do seu lugar enquanto “gente” dentro da instituição:

“Foi uma fase muito legal. Eu me senti grande. Eu era uma réles, mera enfermeirinha de setor, mas dentro da minha visão profissional, eu era importante”. (SB)

“Resolver as coisas. Eu não gosto de começar uma coisa e não terminar. Então eu acho que sou solução pra muita coisa. (...) Existe uma situação onde a gente tem que começar, desenvolver e terminar”. (SC)

“A gente acha que aqui a gente não é nada, que ninguém está vendo o que a gente está fazendo” (SB)

“A minha escolha era pela (área) e isso não foi nem considerado. Depois disso (...) a gente acaba aceitando, porque tem as contas pra pagar, tem a vida e tal ...” (SB)

“Os poucos momentos que a gente teve o enfermeiro tentando crescer, ele foi cerceado. Não foi dado pra ele condições de ele crescer.” (SB)

São estes enfermeiros supervisores que declararam amor à profissão e à instituição, que gostam do seu trabalho; são estes os sujeitos que percebem o descaso consigo próprios em várias ocasiões, porém são eles mesmos que consideram que a educação continuada deva se voltar primeiramente a eles pois entendem que a instituição carece de mudanças estruturais, principalmente na enfermagem, podendo ser eles mesmos os sujeitos das mudanças.

SAVIANI (1994) situa a educação dos trabalhadores contextualizando-a historicamente, ressaltando a importância para o desenvolvimento econômico que lhe foi atribuída a partir da década de 60, com a “teoria do capital humano”. Enquanto de um lado o capital necessita de trabalhadores mais aptos para que se insiram mais facilmente no processo

produtivo, de outro os trabalhadores anseiam por saber mais do que lhes é “permitido” por tal processo. Eis a contradição que assim nos mostra:

“Aí está a contradição que se insere na essência do capitalismo: o trabalhador não pode ter meio de produção, não pode deter o saber, mas sem o saber, ele também não pode produzir, porque para transformar a matéria, precisa dominar algum tipo de saber. Sim, é preciso, mas em “doses homeopáticas”, apenas aquele mínimo para poder operar a produção. É difícil fixar limite, daí porque a escola entra nesse processo contraditório: ela é reivindicada pelas massas trabalhadoras, mas as camadas dominantes relutam em expandi-la”.

Iniciar a educação continuada pelos supervisores, enfermeiros e coordenador, poderiam ser respostas dos primeiros, ao próprio sistema capitalista cuja prática histórica procura limitar o conhecimento dos trabalhadores; que encontrou no taylorismo, segundo o autor, um instrumento de desapropriar um saber mais amplo dos trabalhadores. Tais respostas também podem ser compreendidas como uma tentativa da enfermagem em sair de um processo, através da educação, que não lhes dá tempo de realizar suas prioridades enquanto responsáveis pelas equipes, que lhes atribui aquele ritmo de “tapa-buraco”, da “coisa estagnada”, de “quebra-galho”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A lente hermenêutica-dialética que escolhemos para realização desse estudo nos permitiu percorrer os discursos dos supervisores de enfermagem (nossos sujeitos) e com eles, construir algumas concepções, desconstruir outras, observar de perto nuances da enfermagem e seu redor, encontrar contradições nos discursos dos sujeitos e percebe-las também em nós, sem haver brecha para dissociações em várias ocasiões.

Pudemos estabelecer poucas convicções e muitas dúvidas, porém entendemos que atingimos o objetivo que foi elaborar uma discussão sobre a problemática da educação continuada na enfermagem, no âmbito conceitual e prático em ambiente específico da saúde que é um hospital público, junto aos profissionais cuja prática está mais próxima de determinar as ações em um grupo de grande referência nos serviços, que são os supervisores de enfermagem.

Pudemos também estabelecer relações das categorias analíticas, que se construíram na Introdução e nos capítulos I e II do presente trabalho,

como categorias “[...] capazes de desvendar as relações essenciais [...]”(MINAYO, 1999, p. 233) na fase da interpretação dos dados (capítulo III), as quais assim foram elaboradas: “educação, trabalho em saúde”; “conhecimento, trabalho e poder” e “relações: indivíduo, coletivo e instituição”, estabelecidas em respeito a nossas buscas e ao método hermenêutico-dialético.

Citamos o contexto econômico que permeia nossas vidas, ditando o modo de condução dos serviços sociais básicos, como educação e saúde, conduzindo à diminuição dos encargos e responsabilidades do Estado através das privatizações sob o comando de um regime neoliberal, em que a flexibilização surge como estratégica saída para a manutenção do capitalismo.

Realizamos também, como item importante, discussão sobre competências e vimos que muito se tem dito a respeito, porém não existe apenas uma idéia de competência e, aqui, assumimos que a mesma deve ser analisada com um vínculo do trabalhador submetido a um contrato econômico no qual o mesmo é utilizado em todo o seu ser, em toda a sua essência, pois quando se assume um trabalho, adaptar-se a ele é conflitar com si próprio, sua história, seus valores.

Retomamos alguns referenciais importantes da enfermagem, como o poder que permeia as relações e as instituições, e buscamos apoio em FOUCAULT, que faz alusão a instrumentos docilizadores de trabalhadores, que são as disciplinas, bem como a peculiaridades inerentes a hospitais desde a sua formação.

Adotando como referencial teórico na questão da educação, Paulo Freire, buscamos então processar a análise das entrevistas, tentando enfocar o conceito de educação continuada, contextualizando as falas sempre que possível e dando a elas oportunidades de confronto com outras falas e diferentes pontos de vista.

A educação continuada é vista pelos supervisores de enfermagem como uma necessidade que toda a enfermagem tem, a começar por eles próprios. Existe preservada nas mentes, a concepção de que a educação continuada seja intimamente relacionada a realização de técnicas, rotinas de setores, adaptação à instituição, “contrato” da instituição contendo a descrição do que a mesma espera do trabalhador, ou seja, suas competências.

Essas concepções são atreladas diretamente à figura da chefia de enfermagem, ou coordenadoria ou diretrizes institucionais. Vimos também, buscas e atitudes concretas de conceituações além do tecnicismo e voltadas ao crescimento de grupos e indivíduos, ligadas às condições de vida. Convém ressaltar que tais conceituações aparecem mais timidamente.

Pudemos constatar que os sujeitos entrevistados vislumbram educação continuada como uma necessidade, porém demonstram que são muitas as dificuldades encontradas para concretizá-la no real. Demonstram um certo desânimo e desestímulo, além de cobranças de todos os lados inclusive de si próprios. Tais situações relacionamos à sua formação, onde hoje existe o paradoxo: as escolas devem construir uma proposta que vise educação plena de um lado, porém de outro lado, tem se restringido a competências definidas pela lógica do mercado. O que leva a educação formal em enfermagem a não romper com a docilidade, o autoritarismo e o tecnicismo que a mantém com metodologias reprodutoras. Relacionamos também a necessidade de existir um mecanismo que possibilite à enfermagem reverter esse quadro, permitindo que os trabalhadores, apesar de estarem diante de variáveis determinantes que não são de sua governabilidade, possam mudar aquelas que são de seu alcance. Para isso, é necessário que se veja a educação inicial e continuada com características libertadoras, críticas, criativas, o que implica a assunção de um projeto político-pedagógico claro.

Entendemos que ela (educação continuada) possa ser conduzida pelo enfermeiro, no espaço de tempo em que o indivíduo estiver na condição de trabalhador (em situação de trabalho), considerando alguns pressupostos, já vistos no presente trabalho:

- a) o contexto sócio-econômico dos indivíduos e das instituições de saúde não deve ser negado ou ignorado;
- b) a realidade da enfermagem como agente “docilizador dos corpos” deve ser trabalhada na intenção de dissociá-la da histórica manutenção do poderio capitalista instalado através da instituição;
- c) a educação continuada não é modeladora; não é treinadora; não é adestradora; não é recicladora; não é sacrificadora; não é imediatista;
- d) a relação trabalhador x posto de trabalho é socialmente uma relação delicada, pois ao trabalhador exigem-se as competências de manter o cargo que ocupa em uma troca mercantil;
- e) seus objetivos visam emancipação do pensamento e modificação da práxis; libertação dos trabalhadores quanto às amarras decorrentes da história da enfermagem, do processo de formação e dos poderes do hospital; (a modificação da práxis significa diretamente qualidade de assistência de enfermagem e respeito social ao desenvolvimento do trabalhador como indivíduo socialmente inserido em um contexto, assim, qualquer que seja a necessidade da instituição, por exemplo, gerada pelo avanço tecnológico, o enfermeiro educador deve considerar em primeiro lugar o indivíduo, para que

não caia na situação de transmissor da técnica ou de docilizador);

- f) educação continuada em enfermagem deve trabalhar o “aprender a aprender”, para garantir que seja um processo de toda a vida regido pelo próprio indivíduo e compartilhado, quando em ambiente de trabalho, pelo enfermeiro responsável, que tem um papel provocador, motivador de descobertas; propiciador de oportunidades de aprendizagem;
- g) educação continuada é um processo que incomoda a instituição, quando a mesma não compartilha com o conceito de mudança social dos trabalhadores, portanto é empreendimento difícil e arrojado, que necessita de negociações da enfermagem com administrações das instituições;
- h) educação continuada é um processo que só será transformador quando for coletivo e comprometido com uma concepção de educação que extrapole o mero compromisso com o ensino;
- i) educação continuada se concretiza também com um crescimento individualizado, que enriquece o coletivo e o institucional;
- j) é imprescindível que a formação do enfermeiro seja uma formação não enquadrada em normas e rotinas, porém que seja estimuladora de aprendizados, questionamentos, críticas e principalmente, provocadora de mudanças, pois se assim não for, a dificuldade para rompermos a barreira da fabricação de corpos dóceis, enquanto profissionais, se

mantém. Por isso, cientes de que a educação continuada dura por toda a vida, não estabelecemos um marco inicial nem final pois ela sempre existe de alguma forma, mas infelizmente pode permanecer latente por muito tempo por falta de estímulo. Neste caso, o conceito se similariza com o de formação pessoal defendido por VIDAL, GIRALDO e JOUVAL (1986).

Cabe-nos agora, retornar aos momentos iniciais desse trabalho, nos quais para nós, o conceito de educação continuada era confuso mas o que nos impulsionara para o seu desenvolvimento foi o fato de a instituição não resolver o problema “anotação de enfermagem” com educação continuada e sim, criando uma equipe de curativos. Toda a consequência desse ato administrativo foi discutida na introdução, porém, no decorrer dessa pesquisa percebemos que a administração não tinha intenção em investir em educação continuada para a enfermagem.

A princípio, sabíamos que havia um entrave no caminhar quanto à educação continuada, porém estávamos longe de perceber que a reflexão realizada no desenvolvimento desse trabalho conduziria-nos a uma metamorfose no conceito de educação continuada, pois fomos descobrindo que ela não é um conceito desvinculado do “mundo da enfermeira” e daqueles a quem são destinados os cuidados de enfermagem. Antes, é necessária a sua construção associada à prática de outros olhares.

Nossa percepção de que o papel da enfermeira que luta diariamente dentro de um sistema público hospitalar, começa a se transformar por nós mesmas, revelou-nos a profunda importância da reflexão sobre a prática e deixou-nos com a perspectiva de que o presente trabalho consiga, mesmo que de leve, arranhar alguns paradigmas cristalizados da enfermagem, tal qual o fez

conosco. A experiência de desenvolver esse trabalho científico (e sendo o mesmo, junto ao nosso grupo de iguais), nos impulsiona a querer modificar nossa práxis voltando-a para uma atividade mais intensa nos meios político-sociais nos quais podemos atuar. MINAYO (1999), abordando a questão da totalização final, coloca que essa é uma fase em que o próprio investigador se objetiva, tornando-se produto de sua própria investigação.

Não conseguimos vislumbrar que aqui tenhamos uma totalização, porém estamos mais próximos dela do que quando formulamos o problema da pesquisa.

Talvez haja um momento em que essa categoria de trabalhadoras perceba que conquistando esse desafio de implantar uma educação continuada, outras conquistas serão consequência desde que a mesma não caia na transmissão e no tecnicismo, mas sim, na permissão da liberdade de pensamento, na criatividade, no respeito às histórias dos sujeitos, nas construções dos conhecimentos. Assim, podemos constatar que a práxis pode se mostrar aliada do trabalhador e do sujeito da população que esteja necessitando de cuidados de enfermagem, no nosso caso, dentro de um hospital municipal de urgência e emergência, promovendo o crescimento de ambos e fortalecendo o exercício pleno de sua cidadania nos diferentes espaços em que atuam, qualificando seus papéis sociais.

ANEXO 1

Universidade de Campinas

Faculdade de Educação

Programa de Pós-Graduação em Educação

Pesquisa sobre A EDUCAÇÃO CONTINUADA EM HOSPITAL PÚBLICO SOB O
PONTO DE VISTA DO SUPERVISOR DE ENFERMAGEM

Roteiro de Entrevista

Data: _____

1. Caracterização pessoal e profissional

- Nome
- Cargo que ocupa / há quanto tempo
- Horário de trabalho
- Quantos enfermeiros trabalham em sua área de atuação?
- Instituição de formação
- Especialização / outros cursos

2. Conceito e importância de educação continuada

- O que é educação continuada?
- Qual a importância que a educação continuada tem dentro do contexto hospitalar?

3. Educação continuada no cotidiano do supervisor de enfermagem

- Como se dá a educação continuada no seu cotidiano?

4. Abrangência da educação continuada na área de atuação do supervisor de enfermagem

- Comente um pouco sobre a abrangência da educação continuada na sua área de atuação
- Quais as conseqüências dessa atuação?
- A quem você acha que a educação continuada deveria se voltar primeiramente?

5. Expectativas e críticas sobre educação continuada no cotidiano do supervisor

- Quais são suas críticas sobre educação continuada no seu cotidiano?
- Quais são suas expectativas sobre educação continuada no seu cotidiano?

6. Elementos que influenciam no agir do supervisor de enfermagem na educação continuada

- Que fatores influenciam ou influenciaram a educação continuada em sua área de atuação?
- Como foi trabalhada a educação continuada quando você entrou no HMMG?
- Se você fosse atribuir uma característica sua que tivesse marcado você enquanto supervisor, qual seria ela?

7. Livre para falar sobre o que quiser a respeito do trabalho.

ANEXO 2

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Responsável: Carla das Virgens Caiado

Enfermeira; aluna regular do Programa de pós-graduação em
Educação. RA: 991004

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mara Regina Lemes de Sordi

Estamos realizando um estudo visando contribuir em uma reflexão sobre Educação Continuada, junto aos enfermeiros supervisores que trabalham em hospital público de urgência e emergência.

Pretendemos realizar entrevistas com os supervisores de enfermagem, objetivando atingir o objetivo acima citado e compor Dissertação de Mestrado baseada nestas entrevistas e divulgar o trabalho.

Você poderá participar ou não da pesquisa respondendo a entrevista que será gravada e depois transcrita.

Será garantido a todos os participantes o anonimato das informações prestadas.

Qualquer dúvida sobre a pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora (019) 32523069 ou 97911218.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Tendo lido as informações dadas sobre a pesquisa e tendo tido a oportunidade de fazer perguntas e ter recebido respostas que me deixaram satisfeito, e tendo entendido que tenho o direito de recusar-me a participar da pesquisa, sem que isso traga conseqüências para mim, aceito participar da pesquisa.

Campinas, ____ / ____ / ____ .

Assinatura do participante

RG: _____

Assinatura da pesquisadora

RG: 10944996

ANEXO 3

Entrevista completa com Supervisora SC

10/07/00

Início: 9:25h Término: 11:40h

- **Cargo que ocupa?**
- Supervisão de enfermagem no (nome do setor).

- **Há quanto tempo que está ocupando esse cargo?**
- No (setor) tem 1 ano e meio e uma enfermeira só que trabalha comigo.

- **E antes?**
- Antes, eu entrei Aqui em 92 e em 94 eu entrei na Supervisão noturna. De 94 até 97 eu fiquei à noite. Depois eu fui transferida para o dia como supervisora à tarde e depois fiquei nas unidades de internação também, como supervisora à tarde. Daí fui indicada para (atual setor). Na verdade eu passei por três supervisões. Supervisão noturna que me deu uma visão do todo, depois, supervisão do horário da tarde, que eu pegava de 5 até às 23, depois fui convidada pra pegar a supervisão das unidades, que daí já fazia horário comercial e agora fui indicada pra atual supervisão. Então assim, mais ou menos essa experiência.

- **E onde você se formou?**
- Na PUC Campinas. Eu sou do RA 85 e eu me formei em 88, porque minha turma era de 3 anos e meio. Foi a última turma.

- **Você tem especialização?**
- Em Psicopedagogia. Dois anos.

- **Você está fazendo agora...**
- De auditoria em enfermagem. Mas não é uma especialização, é tipo de uma atualização.

- **Além da especialização você tem algum outro curso, também ...**
- A gente faz os aperfeiçoamentos. A gente faz os cursos que vão surgindo. Nada assim que é muito bacana.

- **Agora eu quero saber o que você entende por educação continuada, com a tua experiência do noturno, das unidades, do atual setor ... o que hoje pra você seria a educação continuada?**
- Bom, educação continuada para mim é aquilo que você tem que aplicar no dia a dia enquanto enfermeira. Eu não entendo educação continuada como uma coisa à parte, onde você em um departamento e existe lá uma pessoa responsável por aquilo, pra direcionar as enfermeiras pra fazer educação. Eu acho que isso é bom de uma lado, mas por outro lado faz com que as pessoas fiquem só voltadas praquele grupo. Então eu acredito que educação continuada deve ser uma coisa que é do dia a dia do enfermeiro. Ele se aprimorar diante de uma técnica nova é ele reunir o grupo dele e passar experiência nova pra o grupo. Eu tenho educação continuada como isso. Continuada não é uma coisa contínua? Eu entendo assim. Embora a gente saiba que isso é meio ilusório porque tem muitos enfermeiros que não sabem fazer essa educação continuada mas eu acredito que é muito por falta de leitura, de estudo, de abrir mesmo o horizonte pra educação. Eu acho que eles se limitam muito então eles não tem essa visão do que vem a ser. Acho que pra mim é mais fácil por eu estar trabalhando com educação, por estar dando aula. Eu também dou aula à noite. No (nome da escola). Curso de técnico. Então a gente ... fica mais fácil por que tem que aprender, tem que atualizar, pra passar pra os alunos. Então isso ... fica até um pouco mais fácil. Mas enquanto supervisora, eu não vejo muito essa coisa de aplicabilidade em relação a isso. É complicado você conseguir passar pra os auxiliares, pra os técnicos, essa coisa do dia a dia, dos aperfeiçoamentos, porque a gente fica voltada a outras coisas na supervisão, no hospital. A gente fica voltada a essa parte mesmo de revisão de materiais, a parte de lavanderia, a gente desvia um pouco do caminho.
- **Fala mais disso. Os fatores que influenciam a educação continuada na tua área de atuação. Ela existir, ela existir mais ou menos, não como você gostaria, ou ela não existir... porque que acontece isso. Você está falando que vocês fazem outras atividades...**
- É. O supervisor em si, ele ... não é que ele não é cobrado. É que existe ... até haveria a necessidade de haver uma cobrança, da parte dele mesmo, acho que em 1º lugar ele que teria que pensar melhor nisso, e fazer um plano de ação pra aplicar junto aos funcionários, mas por sua vez ele teria que também ser exigido. E eu sinto que aqui não existe essa exigência ao supervisor, essa cobrança em relação a isso. Eu acho que deveria de existir realmente uma cobrança, pra que você tivesse até a necessidade de estar aplicando junto a eles. Então, em 1º lugar teria que ter essa cobrança por parte de outros, no caso a coordenação, ou até mesmo da diretoria, pra estar envolvendo e estar aplicando. Acho que outra coisa que deveria de haver também, são os recursos. A gente não tem recursos pra estar aplicando. Por

exemplo eu fico pensando muito isso. Como que eu vou dar uma atualização pro pessoal? Por exemplo, de motivação. Tem que ter local pra isso. E eu gostaria que tivesse dentro do lugar onde eu atuo, porque eu não tenho como tirar a equipe ... por exemplo que nem essa sala. Essa sala é muito boa pra fazer um treinamento, mas como que eu vou tirar a equipe de lá, pra trazer pra cá? Eu teria que repensar nisso pra poder conseguir, pra estar fazendo isso. Ou dois horários, ou não sei. Teria que haver recurso pra isso e eu vejo assim, uma dificuldade. Em relação ao aplicar lá no momento, na hora, talvez eu não me sinta preparada pra aplicar. Vamos supor se eu tivesse que ensinar alguém ali na hora pra refazer um curativo, ou até mesmo uma técnica nova, eu acho que eu teria que em primeiro lugar passar por um processo pra aplicar. Por que eu acho assim, que a gente não tem muito disso. A gente se volta pra outras coisas e a gente acaba perdendo a mão, perdendo a habilidade. Então é complicado você ter que atualizar uma equipe, aonde você mesmo tem essa dificuldade, da atualização.

- **Então você acha que a educação continuada tem que se voltar primeiramente a ...**
- À supervisão! E nosso caso, junto ao assistencial porque na verdade, nem o assistencial eu sinto assim, tão preparado pra isso. Na verdade eu sinto que muitos assistenciais não estão preparados pra isso. Tem essa dificuldade.
- **Tem mais algum fator que você acha que influencia?**
- Bom. Recursos, treinamento, a cobrança, por que eu acho que as pessoas não vêm a educação como importante. Não é uma coisa em primeiro lugar. Que mais? O envolvimento das pessoas, é uma coisa que influencia muito. As pessoas não se envolvem muito com essa questão.
- **Você trabalha na Aben.**
- Eu sou vice presidente.
- **E vocês promovem ...**
- A gente promove eventos, seminários.... a gente trabalha com essa questão cultural, política, humana...
- **E você acha que esses eventos, eles entrariam como na nossa discussão?**
- Eles entrariam com nossos profissionais.
- **E eles são educação continuada?**
- Eu vejo como educação continuada, porque você num seminário... você não vai reunir um grupo? E esse grupo não vem com a experiência que eles tem e junta a experiência de quem esta passando, vai fazer a fusão, pra poder

ver a melhor aplicabilidade no trabalho. Eu vejo assim. Na verdade eu penso que isso devia ser melhor trabalhado em números reduzidos de participantes. Na minha cabeça, eu acho assim, pra fazer por exemplo educação continuada em urgência/emergência. Você vai fazer um seminário de urgência/emergência. Eu achava que tinha que ter um número de 20 pessoas, no máximo, essas 20 pessoas passariam pra uma questão teórica em 1º lugar, depois passariam pra uma questão prática. Seja uma simulação, seja um não sei... tem de haver uma fusão da teórica e da prática. Pra que ficasse melhor entendido, porque você sabe que tudo que você aprende tem que ser vivido, tem que ser experimentado. Se não for experimentado você não consegue aprender. Então o que eu acho é que falta isso. É uma questão que a gente discute muito na escola. Por que que o aluno tem tanta dificuldade de aprender ou assimilar. Quando ele chega aqui, ele não põe em prática. Porque ele fica tempos e tempos dentro da sala de aula, 2 meses, 3 meses e quando ele chega aqui ele não vai conseguir captar tudo aquilo e colocar em prática. Por que? Porque o sistema está errado. O sistema tinha que ser junto. A gente teria que estar dentro do hospital, revendo a parte teórica, depois saindo daqui e .. pra você conseguir fazer ... então nesses seminários, ou mesmo nos aperfeiçoamentos, eu acho que é falho é isso. As pessoas vão pra um outro lado ... é mais uma atualização em massa. Na verdade você pega o aprendizado, mas não tanto quanto iria pegar. (pausa curta)

- Na tua área de atuação, no teu cotidiano, eu queria deixar um pouco mais claro, como se dá a educação? Você é uma supervisora. Tem uma enfermeira.
- É.
- Tem alguma coisa que vocês fazem ...
- É. Na verdade, quando surge algum problema, alguma dúvida, a gente sempre procura saber como acontece, como funciona. Por exemplo. Lá no (setor) a gente faz toda essa parte de marcação de consulta. Embora seja administrativo que faz, mas a gente trabalha com aqueles que vem, vão ser consultados nas diversas especialidades e que vem encaminhados do hospital. Vamos supor, chegou um paciente que saiu do hospital, recebeu alta e vai dar continuidade lá. Automaticamente a gente tem que ter o entendimento de como foi essa evolução, o que aconteceu pra gente aplicar lá. O paciente da vascular. O que foi usado aqui (no hospital), como é que foi feito? Pra gente dar continuidade lá. Um paciente de ortopedia, a mesma coisa. Então, como é que se dá essa educação nossa? Porque na verdade é uma maneira de você colocar em prática aquilo que talvez tenha havido, pra continuar. A gente tem fazer através do que já foi feito e melhorando, aplicando ali, melhor pra o paciente. Mas a gente tem muito envolvimento,

a gente sempre está trabalhando junto com o pessoal dos representantes. Então a gente trabalha muito com os fornecedores aqui do hospital. E a gente acaba levando lá pra baixo, pra continuar lá. Então eu sempre entro em contato com esses representantes pra estar fazendo junto desses materiais, desses equipamentos para os pacientes, lá. Então é essa ponte que a gente consegue estar fazendo pra poder aplicar técnicas novas. Exemplo. Um gesso. Então o técnico do gesso, que é o Alonso, fala assim: Tal gesso está dando problema, a gente não está tendo ou está gastando muito, vê o que você pode fazer. Então o que eu faço. Automaticamente eu entro em contato com o coordenador da enfermagem, falo está acontecendo assim assim assado. Como é que está no hospital? Daí a gente tenta acertar. Eu acho que isso é uma maneira de você estar fazendo educação, de estar melhorando na qualidade do atendimento ao paciente. Material tipo instrumental. Eu tenho que estar aí vendo essa parte pra poder estar dando as condições para o pessoal trabalhar. Agora assim, a minha angústia, é voltada mais pro domínio mesmo dessa do cuidar. Sabe, da assistência não fica na minha mão, fica mais na mão da enfermeira do setor. Então ela vê, ela ajuda, acompanha, ela está junto. Aquela coisa de por a mão mesmo e depois quando precisa de alguma coisa, tal ela conversa comigo a gente tenta chegar numa conclusão junto. Mas isso, assim a gente consegue fazer lá porque somos praticamente só nós duas. Porque eu acho que se fosse uma equipe, eu não sei se a gente estaria conseguindo. Porque quando tem muita gente, as pessoas se pegam um pouco, cada um quer fazer de um jeito. Então eu sinto essa angústia. Quando eu estava fazendo outra supervisão, era difícil. Porque cada enfermeiro queria fazer de um jeito. A gente não conseguia traçar uma linha, sabe? A gente às vezes até traçava linha. Todo mundo se propunha, mas na hora de aplicar, não dava. Então eu acho que é isso que dificulta um pouco a educação. Porque na verdade são poucas as pessoas que se envolvem com isso, que se empenham. Então eu acho que lá funciona porque a gente trabalha em duas, praticamente as duas tem a mesma linha de raciocínio, então dá.

- O que você acha que lá ainda precisa melhorar?
- Como assim?
- Como que você gostaria que fosse. Assim, o ideal?
- Pra aplicar a educação continuada?
- É. Eu queria saber, pra clarear. Qual a tua visão crítica e como você gostaria que fosse, em cima dessa tua autocrítica. Você no dia a dia lá. Critica, avalia, o que está bom, o que não está. Você falou como que está o cotidiano, então avalia isso .

- Bom. Eu acho assim. Tem várias coisas que interferem pra gente fazer essa educação. Pra gente estar atuando lá. A parte administrativa, praticamente anda junto com a parte de enfermagem, que anda junto com a parte médica. Isso é o trivial que tem que existir. Se um não anda junto com o outro, a coisa não vira, não dá certo. Não acontece. Então eu acho que a gente teria que estar se reunindo mais, se envolvendo mais, embora exista, acho que existe uma relação legal entre as três áreas. A gente tenta andar junto. Mas se a parte administrativa fosse mais organizada, eu acredito que um trabalho melhorado. Eu digo isso porque não há um empenho muito grande dos profissionais, de estar dando muito certo. Eu acho que isso fica um pouco pra trás. A parte médica por sua vez não se envolve com a coisa muito não. Eu sinto que eles vão pra lá, eles cumprem com o papel deles assim, de uma maneira ... não é que seja obrigada, mas eles fazem do jeito deles e a enfermagem é a que mais abraça a coisa. A enfermagem é a que mais fica lá, embora não seja 24 horas o nosso trabalho lá, quando a gente assume, a gente assume mesmo, né. O que deveria de melhorar é essa união, essa coisa dos três andarem mais juntos. Então eu acho que se nós vamos fazer um treinamento, tem que estar as três áreas juntas. Eu fico pensando às vezes em reunir. Ter um tipo de trabalho de motivação profissional. Na minha cabeça eu fico imaginando, poxa eu devia reunir as três áreas pra colocar um vídeo, pra gente discutir um assunto. Não só a enfermagem, porque eu não acredito que é só com a enfermagem que eu vou fazer a educação, não. Porque não é em prol do paciente? Não é pra melhorar a qualidade da assistência dele? O que adianta só a enfermagem ser treinada pra trabalhar com o paciente, se o administrativo não testa envolvido e o médico não está. Não tem como você separar as coisas. Eles têm todos que estar falando a mesma língua. Eu acho que é uma coisa que pega. O que também tem que ser dado? Mais recurso. O recurso por exemplo do pessoal que faz manutenção. A gente fica naquela coisa. A gente tem que estar pedindo. A gente tem que estar implorando. Quem abraça isso? A enfermagem. Não é nem o médico nem o administrativo que se envolve com isso. É sempre a enfermagem, sempre a supervisão. A gente precisa de um quadro. Nós não temos lá embaixo. A gente precisa por exemplo de um vídeo. Nós não temos lá embaixo. Tem o anfiteatro, mas eu não posso reunir menos que 70 pessoas no anfiteatro. Existe uma norma. Então são essas coisas que eu acho que deveriam de existir. A gente precisa de transporte. A gente não tem. São fatores que dificultam e que atrapalham. O que vai interferir na assistência ao paciente o que na verdade está interligado à educação. Eu não estou aplicando uma coisa no paciente? O enfermeiro não tem que aplicar? Então se não tem recurso ... Que acontece? O paciente está sentindo isso. E dificulta também pra ele. Então eu vejo essa parte negativa, da falta de coisas. Faltam também recursos humanos. São colocadas as pessoas que praticamente não estão conseguindo trabalhar em outros

lugares. Uma pessoa que tem um problema, que não pode fazer muita força. É colocada lá. Não pode pegar muito peso. Com problemas cardíacos. Não é que essas pessoas não tenham mérito. Elas tem algumas limitações, né. Então isso também é complicado pra gente. Embora a gente consiga reverter alguns casos. Você consegue até envolver o profissional de uma tal maneira ... e isso acaba não sendo até muito empecilho, mas se for ver, é complicado, né. Seria mais isso. Pra melhorar, eu acho que a gente tinha que estar participando mais das coisas, sabe. A gente é meio esquecido. Eu sinto que a gente não tem muito essa coisa da interligação com o hospital.

- É?
- É. Eu sinto que surgem algumas coisas que ficam mais pra um setor do que pra outro. Eu não tenho essa participação muito efetiva. Com essa nova administração, com esse novo coordenador, vamos falar assim, eu sinto que a supervisão ficou muito distante. Uma supervisão da outra não está junta. A gente não tem reuniões periódicas, como a gente tinha antes. A gente não tem aquela coisa que faz a gente se envolver. E isso eu mesma cheguei a falar várias vezes com o coordenador. Ah. Vamos ter reunião. Vamos participar mais. Isso não tem da parte dele. Ele não faz. Eu não sei se ele não faz porque é uma maneira dele trabalhar, eu não sei. Mas não tem. Eu sinto que esse não reunir, esse não discutir, deixa a gente muito distante. Eu acho que as outras também estão distantes umas das outras. Mesmo ocupando o mesmo espaço, elas também não sabem o que está acontecendo, uma no setor da outra. Porque a gente não tem esse envolvimento. Não existe essa cobrança. Eu sinto assim, vamos fazer tal coisa? Se tem vontade você faz se não tem, não existe a cobrança. E onde não existe a cobrança, a coisa não rola, não está envolvida, não sai, entendeu? Então eu sinto que esta angústia existe, porque às vezes as coisas estão acontecendo e a gente fica sabendo só por um acaso. E isso desestimula muito a gente porque a gente se sente ... na hora da cobrança tem que ter alguém pra passar e eu sinto que isso não existe. (pausa)
- **Qual a importância que a educação continuada tem?**
- Bom na minha concepção é a melhora da qualidade da assistência em 1º lugar. Vai melhorar muito em relação ao que você vai oferecer ao paciente, você vai atualizar a tua equipe, porque a tua equipe vai ter que estudar pra aplicar, pesquisar. Então eu sinto que isso é em prol do paciente, né? Você vai melhorar o nome da instituição, porque tem uma equipe atualizada. Então acho que em 1º lugar é melhorar a faculdade e também atualizar o profissional, aplicar nos técnicos, nos auxiliares. Acho que a importância dela é essa.

- **Quando você entrou aqui, neste hospital, como foi trabalhada a educação continuada junto com você ?**
- Bom, quando eu entrei, existia a Mônica, que fazia aquela parte da educação continuada né. Só que ela fazia educação continuada centralizada. Era só ela praticamente a educação continuada e quando eu entrei, o que ela fez? Me mostrou todo o hospital, falou como funcionava a instituição, a filosofia, então ela trabalhou nesse sentido, mas eu não tive uma avaliação quase que direta por parte de ninguém. Logo que eu entrei eu já fui pra supervisão noturna. É, eu entrei como enfermeira que fazia parte dos supervisores noturnos, então ficava o Lucas no Pronto Socorro e eu era enfermeira das alas. Então eu não fui avaliada. Ninguém via se eu fazia tudo direito ou não. Se eu sabia ou não sabia. Não existia uma pessoa do meu lado ou até mesmo pra me avaliar. Então eu não fui avaliada. Porque na época era a Tatiany, a coordenadora ...(acabou a fita) ... então eu sinto assim que se eu hoje estou onde estou, foi sem cobrança de ninguém. Ninguém me cobrou. Eu acho que é isso que muitas enfermeiras não tem esse papel, porque não tem cobrança. Existe uma cobrança que é de uma maneira errada do meu ponto de vista. Tipo assim, olha você faz isso e faz isso e faz isso. Não existe a discussão do porquê fazer, pra que fazer e o que a gente vai atingir fazendo. Essa questão por exemplo, do horário. Agora a gente faz 36 horas. Ninguém sentou com a gente e vamos pensar essa coisa de horário, como vamos aplicar essas 7 horas e 12 minutos. (longa pausa)
- **Obrigada pela sua atenção e colaboração.**

QUADRO 1 – “TERMINOLOGIAS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA”

Terminologia	Característica	Fonte bibliográfica
Aperfeiçoamento	Significa tornar perfeito. A autora rejeita a terminologia por ser incompatível com educação, ou ser humano.	MARIN, 1995
Aprendizado de adultos	Adulto aprende diferentemente de criança (década de 60)	BARROSO e VARELA, 1979
Capacitação	Com duas interpretações, a autora defende uma e rejeita a segunda: 1ª) “tornar capaz, habilitar”: aceita pelo motivo de que há a necessidade de as pessoas se tornarem capazes de desempenharem a própria profissão; 2ª) “convencer, persuadir”: os profissionais de educação não podem exercer postura de persuasão ou ser persuadidos.	MARIN, 1995
Educação Avançada	Sistema de aprendizagem que visa elevar o nível acadêmico e o desenvolvimento profissional e alcançar um desfrute mais pleno e bem-estar do indivíduo na sociedade. Suas formas de superação profissional são auto-superação, mestrado, doutorado e outros cursos.	SILVA e RUIZ (2001)
Educação Contínua	Significa um processo de ensino e de aprendizado de modo ativo, com duração permanente, cujo início se estabelece após a formação básica. Seu objetivo é de atualizar e melhorar a capacidade individual ou coletiva, diante das evoluções técnico-científicas e das necessidades sociais.	ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA de la SALUD, 1973

Terminologia	Característica	Fonte bibliográfica
Educação Contínua	É o processo permanente e evolutivo do ensino que se inicia ao término da educação formal, objetivando 1) desenvolvimento e atualização do pessoal de serviços de saúde, 2) dar apoio aos programas nacionais de saúde e 3) contribuir para o desenvolvimento da potencialidade do homem em sua dimensão pessoal e para o benefício da sociedade. Os autores utilizam as terminologias “capacitação (ação de instruir, também podendo se situar como pré-ingresso a um posto de trabalho) e adestramento (desenvolvimento de alguma habilidade psicomotora)” como componentes fundamentais da educação contínua, como a melhor forma de conter a ignorância e a obsolescência. Definem ignorância como carência de conhecimentos e atribuem-na a defeitos de preparação para o desempenho no posto determinado.	VILLALPANDO-CASAS, GUTIÉRREZ-TRUJILLO e NÚÑES- MACIEL (1994). (diretores da Secretaria de Saúde do México)

Educação Continuada	As atividades “deviam se dar numa perspectiva crítico-reflexiva, incentivando os profissionais para mudanças significativas tanto nas políticas de saúde quanto na prática profissional, contribuindo para prestar uma assistência à saúde de qualidade, procurando atender as necessidades da maioria da população (...)” (P. 78). Para a autora, atividades como cursos, oficinas, vivências, discussões, encontros, seminários e estudos fazem parte do processo de educação continuada, colaborando para “desenvolvimento e ampliação da competência dos profissionais no exercício de sua profissão, buscando realizar-se mais como pessoa, descobrindo-se como ser inacabado, numa perspectiva crítica e reflexiva, numa verdadeira prática social de educação mobilizadora de várias possibilidades e dos saberes profissionais” (p. 79).	BAGNATO, 1999
Educação Continuada	“ <i>par uns, é usada como sinônimo de pós-graduação; para outros se refere a qualquer educação após o término de um programa básico, incluindo treinamento em especialidade. É considerada como uma educação complementar, ou seja, que deve dar ao profissional aquilo que ele não teve no curso acadêmico; é algo que acrescenta a este. Outras vezes é considerada como educação prolongada, isto é, aquela que se estende além dos anos escolares obrigatórios. As vezes, é considerada como treinamento periódico de “refrescamento” para manter o profissional atualizado em seus conhecimentos</i> ” (p. 131).	BASTOS (1978) ⁽⁶⁾ RODRIGUES (1984). (analisando alguns autores) apud
Educação Continuada	Objetivo primeiro é de melhorar a qualidade do trabalho, através da reflexão sobre a prática realizada e que a sua atividade contribui para um bem estar do trabalhador, além de permitir a introdução das inovações necessárias ao crescimento tecnológico.	GALLI (1993)

Educação Continuada	"[...] processo de transformação e enfrentamento da realidade, visando a construção da equipe de enfermagem como ser social e sujeito de seu projeto de vida".	GELBECKE e CAPELLA (1994)
Educação Continuada	Um processo amplo constituído de educação formal e não formal, visando o desenvolvimento pessoal e profissional.	KURCGANT (1978)
Educação Continuada	Forma de manter o desenvolvimento profissional. Considera um direito do trabalhador da saúde para que mantenha sua competência e seu desempenho qualificados. Deste modo também se garante à sociedade o direito da saúde.	MEJIA, 1986.
Educação Continuada	"Um processo amplo que envolve aspectos do desenvolvimento integral do ser humano, não se limitando a treinamentos técnicos formais" (p. 183).	PEREIRA, 1998
Educação Continuada	Processo que ocorre durante toda a vida do enfermeiro e contribui para o crescimento pessoal e profissional da enfermagem e para o desenvolvimento de competências.	A. N. A. (1992) ^(a) apud PEREIRA, 1998
Educação Continuada	Conjunto de experiências que se iniciam a partir da formação inicial e que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência para que ela atenda às exigências de suas responsabilidades. Os autores concebem que educação continuada é diferente de educação permanente, pois a primeira subestima conflitos de interesses e outras dimensões subjetivas.	DAVINI (1994) ^(b) apud RIBEIRO e MOTA, 1996.
Educação Continuada	Processo educativo consistido de integração entre o sistema educacional e o sistema de treinamento para o trabalho.	RODRIGUES, 1984
Educação Continuada	É um processo com durabilidade por toda vida adulta.	UNESCO (1966) ^(c) apud KURCGANT, 1980

Terminologia	Característica	Fonte bibliográfica
Educação Continuada	<i>"é um processo que o profissional deve realizar de forma permanente e sistematizada para obter novos conhecimentos, avaliar a validade dos anteriormente adquiridos e compensar suas carências de maneira a que o desempenho de seus trabalhos resulte na máxima eficiência para a sociedade". O autor refere-se à educação continuada como um processo intencional, formalizado ou não pelo ensino.</i>	PEREDA (1982) ^(e) apud RODRIGUES, 1984
Educação Continuada	Um eixo existencial. Um fenômeno cultural processado sobre um processo econômico da sociedade, determinando-se a conservar as informações do "novo" saber e também criticar e substituir o "velho" saber (saber existente até então)	SILVA, PEREIRA e BENKO (1994)
Educação Continuada em serviços de saúde	Elementos do processo: <u>Agente</u> : uma pessoa adulta, um trabalhador, servidor público, com determinada formação técnica e ideológica que pertence a um determinado estrato sócio-econômico; <u>objeto</u> : necessidades de saúde e organização/processo produtivo dos serviços (visão insuficiente/desafio a ser enfrentado); <u>saber</u> : conjunto de conhecimentos que torna a pessoa capaz de perceber, analisar, interpretar, formular intervenções sobre os problemas de saúde; <u>instrutor</u> : deve ter sensibilidade para o objeto; domínio técnico do saber; compromisso político com o agente e capacidade de atuar como facilitador/mediador na relação agente-objeto-saber.	SANTANA (1990)
Educação Continuada de profissionais de saúde	<i>"Processo que inclui as experiências posteriores ao adestramento inicial, que ajudam o pessoal de assistência à saúde a aprender competências importantes para o seu trabalho. A educação continuada deveria refletir as necessidades de saúde da comunidade e conduzir a melhoria planejada da saúde da comunidade"</i>	OMS, 1982

Terminologia	Característica	Fonte bibliográfica
Educação de adultos	Ajuste da pessoa a um mundo novo, em mutação (Elsinor, Dinamarca, 1949, pós-guerra)	BARROSO e VARELA, 1979
Educação de adultos	<i>“processo pelo qual as pessoas que não freqüentam mais estabelecimentos escolares e em tempo integral – salvo quando se trata de grupos de educação de adultos – entregam-se a atividades seguídas e regulares com intenção de melhorar suas informações, conhecimentos, competência, comportamento, julgamento ou para delimitar e resolver problemas”</i>	Conferência Internacional sobre Educação de Adultos (1972) ^(a) apud KURCGANT (1978) apud RODRIGUES, 1984.
Educação em Serviço	<i>“experiências que ocorrem durante o trabalho para assegurar melhor desempenho das funções”</i> .	A. N. A. (1992, p. 5) ^(a) apud PEREIRA, 1998
Educação Permanente	Continuum existencial que dura toda a vida.	FAURE e HERRERA (1973)
Educação Permanente	Processo educacional que tem como eixo das demandas educacionais o processo de trabalho. Para tal, inclui em sua linha a organização do mundo do trabalho e as representações sociais sobre este trabalho. Os autores concluem que educação permanente necessita do engajamento das unidades de gestão dos serviços de saúde.	RIBEIRO e MOTA, 1996.

Terminologia	Característica	Fonte bibliográfica
Educação Permanente ou Educação Continuada	É o tipo de educação na qual se destaca o caráter atualizador do fenômeno educativo e a idéia de não finalização do processo (ou seja, é um processo duradouro). Na saúde, seu objetivo final é atender as necessidades de saúde da população, de maneira satisfatória. No momento atual, seus programas e objetivos não devem estar pré-determinados, sob o pensamento de quem ordena ou dita a classe, nem se desenvolvem em termos sociais e educacionais estranhos à população. A educação continua tem caráter integrador e deve contar com a participação das comunidades, assim o trabalhador da saúde e a população progridem em matéria de saúde. Dentro de uma organização tem os seguintes objetivos (dentre outros): - estar presente em todo momento da carreira de um profissional; - projetar-se mais além da sala de aula;	VIDAL, GIRALDO e JOUVAL (1986)
Educação Permanente, Formação Continuada, Educação Continuada	Termos similares que significam <i>“auxiliar profissionais a participar ativamente do mundo que os cerca, incorporando tal vivência no conjunto dos saberes da sua profissão”</i> (p. 19)	MARIN, 1995

Terminologia	Característica	Fonte bibliográfica
Formação ou formação contínua ou formação em serviço	"[...] todas as formas deliberadas e organizadas de aperfeiçoamento profissional (do docente) seja através de palestras, seminários, cursos, oficinas ou outras propostas. (...) tendo em vista as possibilidades de melhoria de sua prática pelo domínio de conhecimentos e de métodos de seu campo de trabalho" (p. 124)	SANTOS, L. L. C. P. (1998)
Formação Pessoal	Síntese que inclui todas as formas e tipos de aprendizagem, conscientes ou não, incluindo-se aqui as experiências acumuladas e integradas à sua existência.	VIDAL, GIRALDO e JOUVAL (1986)
Orientação	Com caráter utilitário para a instituição hospitalar, na medida em que um bom programa de orientação sustenta a garantia da qualidade da assistência ao paciente, familiariza o enfermeiro com os objetivos da instituição, mas também tem caráter de promover acolhida ao enfermeiro recém-formado.	MORGAN, 1992
Orientação	"uma maneira de inserir novos membros ou trabalhadores de enfermagem na filosofia, normas, rotinas, procedimentos e papéis esperados no trabalho"	A. N. A. (1992, p. 4) apud PEREIRA, 1998.
Reciclagem	Termo associado a reaproveitamento através de modificações de objetos ou materiais, tais como papel, garrafas plásticas, latas, vidro. A autora considera que tal termo não seja usado por profissionais da educação.	MARIN, 1995
Treinamento	Tornar destro, apto, capaz de determinada tarefa. Segundo GREEN (1971) o termo é associado à modelagem de comportamento (por. Ex. : treinamento de cães). A autora recorre, porém, à necessidade que profissionais têm, como requisitos importantes para habilidades. Cita PERRENOUD (1993) ao se referir às habilidades dos professores e suas competências, em debates de profissionalização.	MARIN, 1995

Terminologia	Característica	Fonte bibliográfica
Treinamento	Processo educacional intimamente ligado aos objetivos da empresa. A autora se posiciona, porém, quanto ao objetivo do treinamento em seu trabalho e o associa não só aos objetivos da organização, como também ao enriquecimento pessoal, proporcionando ao homem o encontro de suas aspirações no trabalho e segue localizando o treinamento, como uma ação que na maioria das vezes visa suprir necessidades de adequação a mudanças tecnológicas, com caráter utilitário. A mesma assume a necessidade de que se lute por espaços físicos dentro da instituição, assim como autonomia, para que possa haver uma busca mais adequada do envolvimento da enfermeira com o desenvolvimento do indivíduo.	CUNHA, 1999

- (a) A.N.A. Roles and responsibilities for continuing education and staff development across all settings. *A.N.A. Public.*, v. coei 6, n. 10M-Pii, jun. 1992, p. 1-14.
- (b) DAVINI, M. C. Practicas Laborales en los servicios de salud: las condiciones Del Aprendizaje *In* Educación Permanente de Personal de salud. *Série Desarrollo de recursos humanos*, nº. 100. Organización Panamericana de la Salud, 1994.
- (c) UNESCO: nova estratégia para a educação. *Rev. Bras. Est. Pedag.*, Brasília, v. 59, nº. 129, p. 157-172, jan-mar, 1973.
- (d) KURCGANT, P. Educação contínua: necessidades sentidas e evidenciadas por enfermeiros e obstetrizas do Município de São Paulo, 1977. São Paulo, 1978. Dissertação (Mestrado), EEUSP.
- (e) PEREDA, P. M. La educación continua y su aplicación en el sector del abastecimiento de agua y saneamiento. *Educ. Med. Salu*, Washington, v. 16, nº. 4, p. 531-551, 1982.
- (f) BASTOS, N. C. de B. A educação contínua nas profissões de saúde. *Rev. Fund. SESP*, Rio de Janeiro, v. 23, nº. 2, p. 31-37, 1978.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABREU, W. C. Dinâmica de Formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. In CANÁRIO, Rui. *Formação e Situações de Trabalho*. Portugal: Porto Editora, Lda, 1997. p. 147 a 168
2. ÂNGELO, M. Educação em enfermagem: a busca da autonomia. *Revista Escola Enfermagem USP*. São Paulo, v. 28, n.1, p. 11-4, abr., 1994.
3. AROUCA, L. S. O Discurso sobre a Educação Permanente (1960-1983). In *Pro-Posições*. Vol. 7, nº 2 (20), 65-78, julho de 1996.
4. AVENDAÑO, C. e cols. Riscos para a saúde das enfermeiras do setor público no Chile. In OLIVEIRA, E. M. *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*. Goiânia: Editora Cultura e Qualidade, 1997. p. 115-135
5. BAGNATO, M. H. Educação Continuada na área da saúde: uma aproximação crítica. In BAGNATO, M. H. S., COCCO, M. I. M. e DE SORDI, M. R. L. *Educação, Saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares*. Campinas, SP: Editora Alínea, 1999. p. 71 a 98.
6. _____. *Licenciatura em Enfermagem: para quê?* UNICAMP, F. E. : Campinas, 1994. (Tese Doutorado).
7. _____. Formação crítica dos profissionais da área de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, v.8, n.1, p. 31-42, jan./abr. 1999.
8. BARROSO, M. G. T., VARELA, Z. M. V. Educação Continuada: requisito básico para o crescimento profissional. In CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31º. Fortaleza, 1979. *Anais*. Fortaleza, ABEN, 1979. p. 101 a 106.
9. BENJAMIN, C. Os alicerces do modelo. In *Dilemas da atualidade: Neoliberalismo, Crise do Estado, reestruturação produtiva, questão agrária e desafios do sindicalismo*. São Paulo: Centro de Estudos Sindicais, 1997. p. 71 a 76.
10. BOERY, R. N. S. O., DOSATTI, M. S. e LASELVA, C. R. Enfermeiro educador: Objeto de decor-ação? Uma história de vida. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 3, nº. 2, p. 133 a 148, jul./dez. , 1994.

11. BOGDAN, R. C. E BIKLEN, S. K. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Trad. M. J. Alvarez, S. B. Santos e T. M. Baptista. Portugal: Porto Editora, Lda. 1994.
12. BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. *Revista Interamericana de Educação de Adultos*, vol.3, nº. 1-2 – PRDE – OEA. Trad. e adap. por M. T. Grandi. OPS. Brasília, 1983, p. 19-26.
13. BORON, A. A.. Os “novos leviatãs” e a *polis* democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In SADER, E. e GENTILI, P. (orgs). *Pós-neoliberalismo II: que Estado para que democracia?*. Petrópolis, RJ. : Vozes, 1999. p. 7 a 67.
14. BRASIL, Lei. nº. 4.024/61. Dispõe sobre equivalência entre todos os cursos do mesmo nível e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 1961.
15. _____. Lei nº. 7498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 26 de junho de 1986; seção I – fls. 9.273-9.275.
16. _____. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/ CEB. Resolução nº. 04 de 1999. Institui as diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico.
17. _____. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/ CNE/NES Nº. 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem.
18. CADERNO CI. *O Estado de São Paulo*. São Paulo, quinta-feira, 14 de junho, 2001. p. 9.
19. CADETE, M. M. M. e VILLA, E. A. A concretude da atividade educativa do Enfermeiro. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 380-386, set./out. 2000.
20. CAMPINAS. Lei nº. 6.547 de 2 de julho de 1991. Cria os Conselhos Locais de Saúde (CLS).
21. _____. Decreto nº. 12.757 de 16 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a aprovação do regulamento do Conselho Local de Saúde do Hospital Municipapl “Dr. Mário Gatti”.

22. CAMPOS, M. C. S. S. *Educação: agentes formais e informais*. Temas básicos de Educação e Ensino. São Paulo, SP. : EPU, 1985.
23. CANO, W. É hora de acordar. In *Dilemas da atualidade: Globalização, Neoliberalismo, crise do estado, reestruturação produtiva, questão agrária e desafios do sindicalismo*. São Paulo, SP. : Centro de Estudos Sindicais, 1997. p. 11 a 15.
24. CARRILLO, G. Os Centros de Tecnologia Educacional de Enfermagem – seu papel no desenvolvimento da Enfermagem na América Latina. In CHOMPRÉ, R. R. (coord) *Desenvolvimento de tecnologias de enfermagem: situação atual e perspectivas*. Belo Horizonte. Apoio: W. K. Kellogg Foundation e Universidade Federal de Minas Gerais. Promoção: Escola de Enfermagem da UFMG, 1991. p. 9 a 21.
25. CAVALHEIRO, E. R. A. e COLI, R. C. P. Treinamento em enfermagem. *Rev. Paul. Enfermagem* [on line]. 1993, v. 12, n. 2, p. 57-9. Disponível na Internet: <file:///A:\ed10.htm> .
26. CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social. Uma crônica do salário*. Tradução: Poleti, I. D. Petrópolis, RJ. : Vozes, 1998.
27. CHEFE. In: *Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa (Encyclopaedia Britannica do Brasil)*. São Paulo: Companhia Melhoramentos de São Paulo, 1995, 14ª. ed., v. 1 (A-Doloroso), p. 404.
28. CHOMPRÉ, R. R. (org). *Desenvolvimento de tecnologias de enfermagem: situação atual e perspectivas*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, apoio W. K. Kellogg Foundations, 1991. 56p.
29. CODO, W. SAMPAIO, J. J. C. e HITOMI, A . H. *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis, RJ. : Vozes, 3ª ed., 1993.
30. COMPETÊNCIA. In: *Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa (Encyclopaedia Britannica do Brasil)*. São Paulo: Companhia Melhoramentos de São Paulo, 1995, 14ª ed.. v.1 (A-Doloroso), p. 455.
31. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, 1986, Brasília/DF [home page]. *Principais temas* . 17-21 de março de 1986. <http://www.fiocruz.br/histoconferencias>

32. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9ª, 1992, Brasília/DF. [home page]. *Principais Temas*. Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/histconferencias/nona.html>
33. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10ª, 1996, Brasília/DF. [home page]. *Pronunciamento da Solenidade de Abertura*. Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/histconferencias/decima.html>
34. CONFERENCIA NACIONAL DE RECURSOS DE SAÚDE, 9ª, 1992, Brasília/DF.
35. CORAGGIO, J. L. Propostas do Banco Mundial para a educação: sentido oculto ou problemas de ocupação? TOMASI, L. D., WARDE, M. J. e HADDAD, S. *O Banco Mundial e as Políticas educacionais*. São Paulo: Cortez Editora, 1996. p. 75-121.
36. COUTINHO, C. N. *Marxismo e Política*. São Paulo, SP. : Cortez, 1994.
37. CUNHA, M. A.. *No palco as ilusões: sobre a educação continuada e suas vicissitudes* – Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, SP. Dissertação – Mestrado, 1999.
38. DE MASI, D. *Sociedade pós-industrial exige direito ao lazer*. O Estado de São Paulo, São Paulo, 06 de março de 1994; Tendências; p. D3.
39. DEMO, P. *Educar pela Pesquisa*. Campinas, SP. : Autores Associados, 1996
40. DE SORDI, M. R. L. O compromisso ético-político do educador na mediação do projeto pedagógico. In BAGNATO, M. H. S., COCCO, M. I. M. e DE SORDI, M. R. L. *Educação, Saúde e trabalho: antigos problemas, novos contextos, outros olhares*. Campinas, SP: Editora Alínea, 1999. p. 25-40.
41. DUBAR, C. O debate sobre o futuro do trabalho na França (1988-1998) In *Revista Latinoamericana de Estudios Del trabajo*, ano 4; nº 8, p. 151-158, 1998.
42. DZELVE, L; SCAFF, V. Enfermeira: novas visões e necessidades. *Revista paulista de enfermagem* [on line]. 2000. v. 19, n. 1, p.15-8. Disponível na Internet: <http://www.bireme.br/cgi-bin/wxis?ind.exe/iah/online/>
43. ESPERIDIÃO, E. e MUNARI, D. B. Repensando a formação do enfermeiro e investindo na pessoa: algumas contribuições da abordagem gestáltica. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 53, nº. 3, p. 415-423, jul./set. 2000.

44. FABRO, M. R. C. O fetichismo da personagem enfermeira. In CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48º, São Paulo, 1996. *Trabalhos elaborados para o 48º CBen pelos enfermeiros de Campinas e região*. ABEn: Informativo Paulista ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem Regional Campinas, nº 5, dezembro 96/ fevereiro 97.
45. FAURE E. e HERRERA, F. e col. *Aprender a ser*. 1ª. Ed. Santiago: UNESCO, 1973.
46. FERNANDES, L. Globalização e agenda neoliberal. In *Dilemas da atualidade: Globalização, neoliberalismo, Crise do estado, reestruturação produtiva, questão agrária e desafios do sindicalismo*. São Paulo: Centro de Estudos Sindicais, p. 11-15, 1997.
47. FIGUEIREDO, R. M. e SILVA, M. A.. Perfil dos futuros auxiliares de enfermagem da cidade de Campinas, SP, em 1995: motivos, expectativas e dificuldades relacionadas ao curso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, vol. 5, nº 1, p. 89 a 96, jan. 1997.
48. FLEURY, A. C. C. *Aprendizagem e inovação organizacional: as experiências de Japão, Coréia e Brasil*. São Paulo: Atlas, 1995.
49. FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Trad. Lúcia M. P. Vassallo. Petrópolis: Vozes, 280p, 1987.
50. _____. *Microfísica do poder*. Org. e trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 14ª. Ed., 1999.
51. FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
52. _____. *Educação e mudança*. Trad. De Moacir Gadotti e Lúcia L. Martin. Rio de Janeiro: Paz e terra, Coleção Educação e Comunicação, vol. 1, 16ª ed., 1990.
53. FRIGOTTO, G. TIRIBA, L. V. FRANCO, M. C. Pauperização, trabalho e educação: a profissionalização em questão In *Caderno Cedes*, Campinas, Unicamp, v. 31, p. 49-62, 1993.
54. FROMM, E. *Psicanálise da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar (Biblioteca de Ciências Sociais), 1963.

55. GADOTTI, M. Prefácio In FREIRE, P. *Educação e mudança*. Trad. De Moacir Gadotti e Lílían L. Martin. Rio de Janeiro: Paz e terra, Coleção Educação e Comunicação, vol. 1, 16ª ed., 1990.
56. GALLI, A. Conceptos sobre educación continua. *Med. Infantil* [on line]. 1993. v. 1, n.1, p. 37-9. Disponível em Internet: <http://www.bireme.br/cgi-bin/wxisind.exe/iah/online/>
57. GELAIN, I. O enfermeiro e suas relações de poder nas relações de trabalho In *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, v.2, p. 120-121, jul./dez., 1993.
1. GELBECKE, F. L e CAPELLA, B. B. A educação continuada como possibilidade de transformação da prática e construção do sujeito In *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, v. 2, p. 124-132, jul./dez., 1994.
58. GIRARDI, S. N. Flexibilização dos mercados de trabalho e escolha moral. *Divulgação em Saúde para Debate*. Londrina, PR, nº. 14, p. 23-32, ago., 1996.
59. HABERMAS, J. *Dialética e hermenêutica*. Trad. Álvaro Valls. Porto Alegre: L&PM, 136 p, 1987.
60. HARVEY, D. *Condição Pós-moderna. Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. Trad. A. U. Sobral e M. A. Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 7ª ed., 1998. 252p.
61. HINDSEN, U. And FRIDLUND, B. The nurse in clinical practice – a qualitative analysis of nursing competence. *Scand. J. Caring. Sci.* Swed. V. 9, nº.3, p. 139-44, 1995.
62. KLEBA da SILVA, M. E. Processo educativo na prática assistencial de enfermagem: um estudo de caso na unidade básica de saúde. *Texto contexto Enf*. Florianópolis, v. 1, nº. 2, p. 200, jul./dez., 1992
63. KOIZUMI, M. S. et al. Educação continuada da equipe de enfermagem nas UTIs do município de São Paulo. *Rev. Latinoamericana de enfermagem* [on line]. 1998, v. 6, n. 3, p. 33-41. Disponível na Internet: <file:///A:/bireme.htm>
64. KOSIK, K. *Dialética do concreto*. Trad. C. Neves e A. Toríbio. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2ª. Ed., 230p., 1976.

65. KURCGANT, P. *Educação Contínua: necessidades sentidas e evidenciadas por enfermeiras e obstetrias do município de São Paulo*. São Paulo, 1978. Dissertação (Mestrado). EEUSP.
66. _____. *Educação contínua. Necessidades sentidas e evidenciadas por enfermeiras e obstetrias do município de São Paulo*. *Rev. Enf. USP*, v. 14, nº. 2, p. 189-194, 1980.
67. _____. *Liderança na admissão do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam essa prática em hospital*. São Paulo, 1992. 125 p. Tese (Livre docência). EEUSP.
68. LANGE, I. CHOMPRÉ e DE MONTERROSA, E. Desafios de la práctica de enfermería en América latina. *Enfermería Del siglo XXI en América Latina*. Santiago del Chile, Fundación Kellog. (eds), 1991.
69. LOPES, M. A. S. e ACCIOLY, J. A. Repensando a aprendizagem e o ensino: uma abordagem construtivista. *Revista Múltipla*, Brasília, v.5, p.117-125, dez./1998.
70. LOYOLA, C. M. D. *Os doce(i)s corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1987.
71. LUCON, S. M. R. E MARIN, M. J. S. Atualização Profissional: possibilidades e dificuldades de um grupo de enfermeiros do interior paulista. *Nursing*. São Paulo, p. 18-21, mar., 1990.
72. MADEIRA, C. G., JORGE, S. A., KAKEHASHI, S., OLIVEIRA, I. Saúde e educação: cursos alternativos para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 30, nº. 2, p. 217-28, ago, 1996.
73. MARIN, A. J. Educação Continuada: Introdução a uma análise de termos e concepções. *Cadernos CEDES 36 - Educação Continuada*. 1ª. Ed, p. 13-21, 1995.
74. MARCUSE, H. *Eros e civilização*. 8ª edição; tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981, 232 p.
75. MARTINELLI, M. L. (org). *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras Editora, (Série Núcleo de Pesquisas, 1), 1999.
76. MARTINS, J. L. O que foi feito dos sonhos? In *Dilemas da atualidade: Globalização, neoliberalismo, Crise do estado, reestruturação produtiva*,

questão agrária e desafios do sindicalismo. São Paulo: Centro de Estudos Sindicais, 1997.

77. MARX, K. Introdução à crítica da economia política. *Coleção Os Pensadores*, São Paulo: Ed. Nova Cultural Ltda, 1999.
78. MEGHNAGI, S. A competência profissional como tema de pesquisa *In Educação e Sociedade*. Campinas: CEDES, nº. 64/Especial, p. 50-86, set. 1998.
79. MEJIA, A. Educación continua. *Educ. Med. Salud*. v. 20, nº. 1, p. 43-71, 1986.
80. MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisas qualitativas em saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 6ª. Ed., 1999.
81. MORGAN, G. A. S. G. *Estudo da representação social do enfermeiro recém-formado em seu primeiro emprego e suas expectativas em relação ao programa de orientação*. EEUSP, São Paulo. Dissertação – Mestrado, 1992.
82. NAME, A. E. R. S. e MAZA, S. R. *A prática do serviço Social no Hospital municipal "Dr. Mário Gatti". Propostas para Reestruturação*. Janeiro, 1998. Trabalho não publicado.
83. NAVILLE, P. *Essai sur la qualification du travail*. Paris: Librairie Marcel Rivière et Cie., 1956. Trad. De Gisela Lobo.
84. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SAÚDE. *Continuando la educación de los trabajadores de salud: principios e guas para el desarrollo de un sistema*. Ginebra, 1982.
85. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Plan decenal de salud para las Americas*. Washington, OPS/OMS (informe final de la III Reunión de Ministros de Salud de las Américas. Documento Oficial nº 118). 1973.
86. PAIVA, V. Anos 90: as novas tarefas da educação dos adultos na América Latina *In Encontro Latinoamericano sobre educação de jovens e adultos trabalhadores*. Brasília: INEPE, p. 21-40, 1994.
87. PEREIRA, F. B. G. Educação Continuada em Enfermagem. BUENO, S. M. V. et al. (org). *Enfermeiro professor e o ensino médio em enfermagem: Anais do II Encontro de Formação de professores de Ensino Médio em enfermagem*. Ribeirão Preto, 1998.

88. PERRENOUD, P. *Construir as competências desde a escola*. Trad. Bruno C. M.. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
89. PETERSEN, M. H. Competence – increased number of courses provide better professional development. *Tidsskr Sykepl* 85 (18):58-60, oct., 1997
90. PIERUCCI, M. L. C. Percepção dos alunos concluintes da graduação de enfermagem sobre o papel educativo do enfermeiro. In CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48º, São Paulo, 1996. *Trabalhos elaborados para o 48º CBen pelos enfermeiros de Campinas e região*. ABEn: Informativo Paulista ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem Regional Campinas, nº 5, dezembro 96/ fevereiro 97.
91. _____. Reflexões acerca da qualificação do enfermeiro X reconhecimento profissional. In CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48º, São Paulo, 1996. *Trabalhos elaborados para o 48º CBen pelos enfermeiros de Campinas e região*. ABEn: Informativo Paulista ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem Regional Campinas, nº 5, dezembro 96/ fevereiro 97.
92. PINTO, A. V. *Sete lições sobre educação de adultos*. São Paulo: Cortez, 11ª ed., 119 p., 2000.
93. PIRES, M. F. C. O materialismo histórico-dialético e a educação. *Interface - comunic. Saúde. Educ.*, v. 1, p. 83-95, ago, 1997.
94. PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Revista brasileira de enfermagem* [on line] 2000, v.53, n. 2, p.251-63. Disponível na Internet: <http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
95. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. *Manual do Supervisor*. Campinas: Secretaria Municipal de recursos humanos, Gráfica IMA, 1993.
96. RIBEIRO, E. C. O. e MOTTA, J. I. J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Divulgação*. Nº 12, p. 39-44, jul/96.
97. RIBEIRO, L. F. *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: EDUCA, 1ª. Ed., 109 p., 1995.

98. RIZZO, T. S. *Assistência de enfermagem ao paciente laringectomizado*. Curitiba, Obtenção do grau de Especialista, 2000.
99. RODRIGUES, M. A. A educação continuada em enfermagem de Saúde Pública. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 18, nº. 2, p. 129-140, 1984.
100. ROSA, S. *Construtivismo e mudança*. 7ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2000. 96 p. (Coleção Questões da Nossa Época; v. 29).
101. SANTANA, J. P. Educação Continuada nos serviços de saúde. Apresentação realizada no *Seminário de Política de Recursos Humanos para o Sistema de Saúde do Estado do Rio de Janeiro*. Niterói, 07/03/1990.
102. _____. Recursos humanos: Desafios para os gestores do SUS. In *Divulgação em Saúde para Debate*. Londrina: CEBES, nº 14, p. 33-36, agosto, 1996.
103. SANTELL, C.F., SPECK, C. J. e DURÁN, C. S. Estudio de la creatividad en el proceso docente educativo del curso básico de enfermería. *Rev. Cubana Enfermer.*. Cuba, v. 15, nº. 1, p. 28-33, 1999.
104. SANTOS, I. B. C. e PAIVA, M. F. A. Educação Continuada em serviço: relato de uma experiência vivenciada no Hospital Universitário da UFPb. CCS [on line]. 1987, v.9, n.1, p. 53-6. Disponível na Internet: <file:///A:\biremer.htm>
105. SANTOS, I. F. *O enfermeiro e a infecção hospitalar: um estudo sobre sua formação e atuação*. [on line]. Ribeirão Preto, 1997. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem, USP. Disponível em Internet: <file:///A:\ed14.htm>
106. SANTOS, L.L.C.P. Dimensões pedagógicas e políticas da formação contínua. *Caminhos da profissionalização do magistério*. Campinas: Papirus, 1998, p. 123-136.
107. SAVIANI, D. O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias. *Novas Tecnologias Trabalho e Educação. Um debate multidisciplinar*. Petrópolis, RJ: Vozes, org. C. J. Ferretti e D. M. Zibo, 1994.
108. SCHLEIERMACHER, F. D. E. *Hermenêutica - arte e técnica da interpretação*. Petrópolis, RJ: Vozes, trad. E apresentação C. R. Braidia, 104 p., 1999.

109. SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. In *Educação e Sociedade. Revista quadrimestral de Ciência da educação*. Campinas: Unicamp, nº. 65, p. 101 - 139, dez., 1998.
110. SEGNINI, L. *Mulheres no trabalho bancário: difusão tecnológica, qualificação e relação de gênero*. São Paulo: EDUSP, 1998, 209p.
111. SILVA, L. B. e RUIZ PÉREZ, O. A educação Avançada: uma necessidade para a superação profissional. *Nursing* [on line]. 2001, v. 4, n. 35, p. 13-5. Disponível na Internet: <http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
112. SILVA, M. J. P., PEREIRA, L. L., BENKO, M. A. *A educação continuada: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem*. Rio de Janeiro: EDUSP/Marques-Saraiva, 1994.
113. SOLER, E. V. *Processo de socialização na enfermagem: as representações no cotidiano da prática hospitalar*. 1993. 231p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, SP.
114. SUÉCIA. In: *Nova Enciclopédia Barsa*. São Paulo: Companhia Melhoramentos de São Paulo, 1997. Datapédia e Atlas, p. 233.
115. THIOLLENT, M. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Ed. Polis, 3ª ed., 1982.
116. TORRES, M. N. F. B. Sistema de Certificação de Competências PROFAE: bases conceituais. *Formação, humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência*. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, PROFAEnº. 2, p. 45-52, mai, 2001.
117. TREJOS, M. E. Calidad total, control e trabajo. In *Revista Latino-americana de estudos do trabalho*. Campinas: Unicamp, ano 3, nº. 6, p. 167-178, abril, 1998.
118. UNESCO. Nova estratégia para a educação. *Rev. Bras. Est. Pedag.* Brasília, v. 59, p. 157-172, jan-mar, 1993.
119. UNISINOS (Universidade Vale do Rio dos Sinos). <http://www.oaenfermagem.com.br/mandamentos.htm>.

120. VIDAL, C. A., GIRALDO, L. E. y JOUVAL, H. La education permanente en salud en America Latina. *In Educ. Med. Salud*, vol. 20, nº. 4, p. 495-511, 1986.
121. VIEIRA, F. Pedagogia para a autonomia: implicações discursivas e análise da interação. *In ALARCÃO, I. Supervisão de professores e inovação educacional*. Aveiro: CIDINE, 1995.
122. VILLALPANDO-CASAS, J.J., GUTIÉRREZ-TRUJILLO, G. e NÚÑES-MACIEL. La capacitación del Personal en los procesos de educación permanente en los servicios. *Educ. Med. Salud*. v. 28, nº. 3, p. 424-431, 1994.
123. YOUNG, P. V. *Métodos científicos de investigação social*. México: Instituto de Investigaciones sociales de la Universidad nacional, trad. A. M. Montiel, 1960.
124. WEBER, M. A ética protestante e o espírito do capitalismo. *Coleção Os Pensadores*, São Paulo: Ed. Nova Cultural Ltda, 1980.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ARRIYO, M. O princípio educativo: o trabalho ou a resistência ao trabalho? *Teoria Educação*. Nº. 1, 1990.
2. AURICCHIO, A. M., ASSAMI, S. M. e GUTIERREZ, B. A. O. Reciclagem da anotação de enfermagem com qualidade: indispensável para realização da assistência de enfermagem com qualidade. *Rev. Méd. Hosp. Univ.* [on line]. 1999, v. 9, n. 2. Disponível na Internet: <http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
3. BASTOS, S. M. *A formação continuada no contexto da prática do enfermeiro*. Curitiba, PR, 2000. Setor de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, UFPR. Disponível em Internet: <http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
4. BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? In *Interface*. Comunic., Saúde, Educ. nº. 2, p. 139-154, fev. 1998.
5. BORDENAVE, J. e PEREIRA, A. *A estratégia de ensino aprendizagem*. Petrópolis: Vozes, 4ª. Ed., 1982.
6. BRASIL. Portaria nº. 545 de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS nº. 1/93 (NOB/93)

7. BRASIL. Instrução Normativa nº. 1 de 23 de setembro de 1993. Disciplina fluxos e conteúdos do processo de habilitação de municípios e Estados às novas condições de gestão previstas na NOB/SUS/01/93.
8. BRASIL. Norma Operacional Básica do SUS NOB/SUS 01/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão.
9. CAMPOS, G. W. S. , MERHY, E. E. e NUNES, E. D. *Planejamento sem normas*. São Paulo, SP. : Editora Hucitec, 2ª ed., 1994.
10. CARVALHO, E. C. O sistema personalizado de instrução: um recurso para a educação em enfermagem. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. [on line]. 1988, v. 22, n. 1, p. 65-74. Disponível na Internet: <file:///A:/biremer.htm>
11. BRASIL. Parecer nº. 1.133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.
12. COREN-SP. Especialização, a garantia da empregabilidade *In Publicação oficial do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo*. São Paulo, SP. , nº 24, p. 11, setembro/outubro 1999.
13. DE SORDI, M. R. L. O caos nosso de todo dia: O ensino na área da saúde num sistema em crise. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, v. 6, nº 3, p. 68-80, set./dez. 1997.
14. DESTRO, M. R. P. Educação Continuada: Visão histórica e tentativas de conceitualização. *Caderno Cedes 36. Educação Continuada*. 1ª. Ed, p. 21-27, 1995.
15. DWYER, T. A sociologia e a concepção interdisciplinar no trabalho *In Revista de Sociologia e política*, nº. 9, p. 173-184, 1997.
16. ENGUITA, M. F. *A face oculta da escola*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
17. FORMAÇÃO. In: *Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa*. São Paulo: Companhia Melhoramentos de São Paulo, 1995, 14ª ed.. v.2 (Dom-Paga), p. 820.
18. FRIGOTTO, G. *A produtividade da escola improdutiva*. São Paulo: Cortez, 1984.
19. _____. *Educação e a crise do capitalismo real*. São Paulo: Cortez, 1995.

20. JOJA, A. *A lógica dialética*. São Paulo: Ed. Fulgor, 1965.
21. KERGOAT, D., IMBERT, F., LE DOARE, H. et SENOTIER, D. *Les infirmieres et leur coordination*. France: Editions Lamarre, 1988-1989.
22. LAURERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Ver. Gaúcha de Enferm.*, Porto Alegre, v. 18, nº. 2, p. 133-144. 1997.
23. LÜDKE, M. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo, 1986.
24. LUKÁS, G. *História e consciência de classe*. Rio de Janeiro: Elfos, 2ª ed. 1989.
25. MACEDO, R. A estatização da sociedade privada. *O Estado de São Paulo*. São Paulo, 27 de agosto de 1998. N. 38.298, p.2.
26. MADEIRA, C. G. et al. Saúde e educação: cursos alternativos para desenvolvimento do pessoal de enfermagem. *Ver. Esc. Enfermagem USP*. [on line]. São Paulo, v. 30, nº. 2, p. 217-28, ago, 1996. Disponível em Internet: <http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislnd.exe/iah/online/>.
27. MEDEIROS, A. M. S. *Uma apreciação do conceito de cidadania entre os professores de magistério do 2º grau em Mossoró - RN*. Dissertação - Mestrado em educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES., 181p., 1996.
28. PADILHA, V. *Tempo livre e capitalismo: um par imperfeito*. Campinas: Editora Alínea, 112 p., 2000.
29. PEREIRA, A. e ERDMANN, A. L. Pluralismo no cotidiano do espaço organizacional do enfermeiro *In Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 5, nº. 2, p. 147-155, jul./dez., 1996.
30. PEREIRA, F. B. G. *Pedagogia problematizadora na educação Continuada em enfermagem no Hospital das Clínicas - Unicamp*. Ribeirão Preto. Dissertação - Mestrado, 1996.
31. PEREIRA, L. L. *Participação do enfermeiro em programas de aperfeiçoamento* [on line]. São Paulo, 1992. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem USP. 30/11/01. Disponível na Internet em <file:///A:\ed10.htm>

32. PIRES, M. A. e SILVA, D. *As representações sociais e as dimensões éticas*. Taubaté: Cabral Editora universitária, 1998.
33. POCHMANN, M. A trajetória do desemprego estrutural e as oportunidades de emprego na economia brasileira. In CONGRESSO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS, 24º, São Paulo, 1998.
34. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. *Regimento Interno do Hospital Municipal "Dr. Mário Gatti"*, aprovado pelo C. T. A. . Administração Lauro Péricles Gonçalves, 09 de março, 1976.
35. RIBEIRO, J. Q. Formas do processo educacional. In *Educação e sociedade (leituras de sociologia e educação)*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 6ª. Ed. , 449 p., 1972.
36. RODRIGO ALVAREZ, F. e ARMANDO CAMPOS, S. Educacion Permanente em salud. Problemas y proyecciones. *Educación Médica y Salud*, v. 23, n. 3, p. 275-282, 1989.
37. SALLUM, N. C. e PRADO, M. L. Educação continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalhador (a) de enfermagem. *Texto&contexto enfermagem* [on line]. 2000. v. 9, n. 2, p. 298-311. Disponível na Internet: <http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
38. SANCHES GAMBOA, S. *Fundamentos para la investigación educativa: presupuestos epistemológicos que orientan al investigador*. Santa Fé de Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio, 138 p., 1998.
39. SANTOS, A. L. W. Educação em saúde: possibilidades e limitações de uma proposta. *Texto contexto Enf.* , Florianópolis, v.1, p. 199, jul./dez. 1992.
40. SANTOS, G. C. e PASSOS, R. (col) *Manual de organização de referências e citações bibliográficas para documentos impressos e eletrônicos*. Campinas, SP: Autores Associados; Editora da Unicamp, 2000.
41. SARTRE, J. P. Questão de método. *Coleção Os Pensadores*, São Paulo: Ed. Nova Cultural Ltda, 1978.
42. SAVIANI. *Escola e democracia. Polêmicas do nosso tempo*. Campinas, Editora Autores associados, 31ª ed., 1997.

43. SEGNINI, L. R. P. *Ferrovia e ferroviários: uma contribuição para a análise do poder disciplinar na empresa*. São Paulo: Autores Associados, Cortez, 1982.
44. SILVA, C. O. Trabalho e subjetividade no Hospital Geral. In *Psicologia Ciência e profissão*. 18 (2), p. 26-33, 1998.
45. SKIDMORE, T. *História do Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 1998.
46. UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina). <http://www.bu.ufsc.br>.
47. VILALOBOS TAPIA, Carmem Elisa. *Prática docente interdisciplinar: os desafios (in) visíveis da mudança curricular na enfermagem*. 2000. Tese (doutorado), Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Campinas, SP.