

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ANDRÉA DE MELLO PEREIRA DA CRUZ

**FORMAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS PARA IMPLEMENTAR A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM**

Porto Alegre

2008

ANDRÉA DE MELLO PEREIRA DA CRUZ

**FORMAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS PARA IMPLEMENTAR A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Miriam de Abreu Almeida.

Porto Alegre

2008

ANDRÉA DE MELLO PEREIRA DA CRUZ

**FORMAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS PARA IMPLEMENTAR A SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 15 de Julho de 2008.

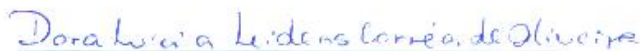
BANCA EXAMINADORA



Profa Dra. Miriam de Abreu Almeida

Presidente – Orientadora

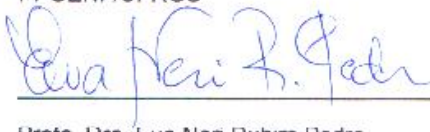
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Membro

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Membro

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Valéria Lamb Corbellini

Membro

PUCRS

Dedico à minha amada filha,
Gabriela.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Miriam de Abreu Almeida, minha orientadora e companheira, por compartilhar seus conhecimentos ao longo dessa trajetória de conquistas e aprendizado.

À professora Dora Lúcia de Oliveira pelo incentivo e ensinamentos no Curso de Mestrado e na Escola Técnica de Enfermagem.

À professora Lílian Córdova do Espírito Santo, pelo carinho, incentivo e paciência com meus diferentes horários de trabalho.

Às professoras do Curso de Mestrado, por tudo que aprendi e às colegas, pela convivência e amizade. Um agradecimento especial à querida Fernanda Córdova.

Às minhas colegas da Escola Técnica de Enfermagem por compartilharem minhas ansiedades e em especial à Liege que sempre me apoiou nos inúmeros arranjos desta trajetória e à Myrna com seus empréstimos de livros valiosos.

A enfermeira Simone Pazin, as belas fotos e vídeo que inspiraram meus grupos focais.

Às bolsistas da Escola Técnica de Enfermagem e a secretária Jane, auxiliando na organização dos meus encontros focais.

Às técnicas de enfermagem, participantes desta pesquisa, pelo comprometimento e dedicação nos nossos encontros.

Às enfermeiras, colegas do HC que me acolheram nos diversos setores.

Aos alunos do curso técnico de enfermagem por despertarem em mim dúvidas e questionamentos.

Às chefias de serviço dos respectivos setores desta pesquisa.

À Coordenação de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

A minha amiga Rosaura, que sempre acreditou no meu potencial.

Ao meu marido André, pelo esforço em compreender minhas ausências. Aos meus pais e irmã pelo incentivo e apoio. À “Dona” Nadir e “Seu” João no auxílio constante.

Muito obrigada !

*O que importa não é nem a partida,
nem a chegada; é a travessia.*

Guimarães Rosa

RESUMO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), utilizada no estudo com o mesmo significado de Processo de Enfermagem, é uma metodologia que orienta as ações de cuidado por meio de etapas sistematizadas e inter-relacionadas. No contexto atual, muitas pesquisas são realizadas, considerando a perspectiva do enfermeiro, que é o profissional responsável por sua implantação, planejamento, organização, execução e avaliação. Contudo, na realidade brasileira, a SAE é implementada com a participação de toda equipe de enfermagem. Assim, os profissionais envolvidos com a SAE necessitam desenvolver competências para sua implementação. Este estudo teve como objetivo conhecer na perspectiva de técnicos de enfermagem, as competências desenvolvidas na sua formação para implementar a SAE. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva. A coleta dos dados foi desenvolvida por meio da realização do grupo focal com técnicos de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HC). A análise das informações foi realizada através da análise de conteúdo proposta por Bardin. Na análise das informações, emergiram duas categorias temáticas, “A participação do técnico de enfermagem na SAE” e “As competências na formação do técnico de enfermagem” e cada uma delas com duas sub-categorias, “Concepção da SAE” e “(Des) Valorização da SAE”; “Competência técnico-científica” e “Competência na relação interpessoal”, respectivamente. Os depoimentos revelaram conhecimento limitado dos sujeitos sobre a metodologia e reconhecimento e valorização distinta entre os mesmos. Neste sentido, a análise sugere que os sujeitos consideram importante a realização de práticas educativas para sua capacitação no exercício profissional. Em relação às competências que contribuem com a implementação da SAE, os depoimentos evidenciaram a competência técnico-científica e na relação interpessoal, sendo que as participantes enfatizam a dimensão da técnica e da experiência na competência técnico-científica e o trabalho em equipe e a comunicação na competência da relação interpessoal. Este estudo permite concluir o quanto é significativo instituir espaços para escuta da equipe de enfermagem que promovam sua interação, possibilitando a construção coletiva dos conhecimentos pertinentes aos seus processos de trabalho.

Descritores: Processos de enfermagem, Competências, Papel do Profissional de Enfermagem, Formação de Recursos Humanos.

RESUMEN

La Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE), utilizada en el estudio con el mismo significado de Proceso de Enfermería, es una metodología que orienta las acciones de cuidado mediante etapas sistematizadas e interrelacionadas. En el contexto actual, muchas investigaciones son realizadas, considerando la perspectiva del enfermero, que es el profesional responsable por su implantación, planificación, organización, ejecución y evaluación. Sin embargo, en la realidad brasileña, SAE es implementada con la participación de todo el equipo de enfermería. De ese modo, los profesionales implicados en la SAE necesitan desarrollar competencias para su implementación. Este estudio tuvo por objetivo conocer, en la perspectiva del técnico en enfermería, las competencias desarrolladas en su formación para implementar la SAE. Se trata de una investigación cualitativa del tipo exploratoria y descriptiva. La recolección de los datos fue desarrollada mediante la realización del grupo focal con técnicos en enfermería del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). El análisis de las informaciones fue realizada mediante análisis de contenido propuesta por Bardin. En el análisis de las informaciones, surgieron dos categorías temáticas, “La participación del técnico de enfermería en la SAE” y “Las competencias en la formación del técnico de enfermería” y cada una de ellas con dos subcategorías, “Concepción de la SAE” y “(Des) Valorización de la SAE”; “Competencia técnico-científica” y “Competencia en la relación interpersonal”, respectivamente. Las deposiciones revelaron conocimiento limitado de los sujetos sobre la metodología y reconocimiento y valorización distintos entre ellos. En este sentido, el análisis sugiere que los sujetos consideraron importante la realización de prácticas educativas para su capacitación en el ejercicio profesional. Respecto a las competencias que contribuyen con la implementación de la SAE, las deposiciones evidenciaron la competencia técnico-científica y la competencia en la relación interpersonal, siendo que las participantes enfatizan la dimensión de la técnica y de la experiencia en la competencia técnico-científica y el trabajo en equipo y la comunicación en la competencia de la relación interpersonal. Este estudio permite concluir cuan significativo es instituir espacios para la escucha del equipo de enfermería que promuevan su interacción, posibilitando la construcción colectiva de los conocimientos pertinentes a sus procesos de trabajo.

Descriptores: Procesos de enfermería, Competencias, Rol del Profesional de Enfermería, Formación de Recursos Humanos.

ABSTRACT

Nursing care systematization (NCS), which is synonymous with nursing process herein, is a method that guides healthcare decisions by way of systematic and interrelated steps. Currently, there have been several studies based on the perspective of nurses, who are in charge of implementing, planning, organizing, carrying out and evaluating the process. However, In Brazil, the whole nursing staff becomes involved in the implementation of NCS. Therefore, these professionals need to develop competences for NCS implementation. The aim of the present study was to identify the competences developed in the qualification of nursing technicians for NCS implementation. This is a qualitative study that uses an exploratory and descriptive approach. The data were collected by a focal group comprising nursing technicians from *Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, Brazil. The information was assessed according to Bardin's content analysis. Two thematic categories arose from the analysis, "Participation of the nursing technician in NCS" and "The competences required for the nursing technician's qualification," each of which was subdivided into "Conception of NCS" and "(De)Valuation of NCS;" and "Technical and scientific competence" and "Competence in interpersonal relationships", respectively. Nursing professionals stated that their knowledge about the methodology is limited and that both the recognition and valuation of the methodology differ among them. Therefore, it is suggested that the subjects involved acknowledge the importance of educational practices that can qualify them for their professional activities. With regard to the competences that contribute to NCS implementation, the subjects mentioned technical and scientific competence and competence in interpersonal relationships, and also underscored the important role of technical knowledge and experience in technical and scientific competence, and of teamwork and communication in interpersonal relationship. In conclusion, it is crucial that the nursing staff be given opportunities to be heard, whereby interaction can be enhanced, thus enabling the collective construction of knowledge about their work processes.

Keywords: Nursing process, Competences, Role of the Nursing Professional, Qualification of Human Resources.

LISTA DE SIGLAS

- AE - Auxiliar de Enfermagem
- CEB - Câmara de Educação Básica
- CNE - Conselho Nacional de Educação
- DE - Diagnóstico de Enfermagem
- ETE - Escola de Técnicos de Enfermagem
- GTDE - Grupo de Trabalho de Diagnóstico de Enfermagem
- HC - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- ICN - Internacional Council of Nurses
- PE - Processo de Enfermagem
- PPP - Projeto Político Pedagógico
- SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
- TE - Técnico de Enfermagem

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Processo de Enfermagem, de acordo com Horta	20
Quadro 1 – Categorias e Subcategorias Temáticas	49

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO GERAL	17
2.1	Objetivos Específicos	17
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1	A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)	18
3.2	O modelo das Competências	27
3.2.1	Definições do modelo das Competências na educação e no trabalho	31
3.3	A trajetória histórica da formação do técnico de enfermagem	36
4	METODOLOGIA	40
4.1	Tipo de Estudo	40
4.2	Local de Estudo	41
4.3	Participantes do Estudo: critérios de seleção e características	41
4.4	Coleta das Informações	41
4.4.1	Os Grupos Focais	42
4.4.2	Constituição dos Grupos Focais	45
4.5	Análise das Informações	46
4.6	Aspectos Éticos	47
5	ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO	48
5.1	Participação do técnico de enfermagem na SAE	50
5.1.1	Concepção da SAE	50
5.1.2	(Des) Valorização da SAE	56
5.2	Competências na formação do técnico de enfermagem na SAE	67
5.2.1	Competência Técnico-científica: conhecimento teórico e experiência.....	69
5.2.2	Competência na relação interpessoal	80
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento livre e esclarecido	115
	APÊNDICE B – Formulário de dados pessoais	116
	APÊNDICE C – Agenda dos grupos focais	117
	ANEXO A – Aprovação no GPPG-HC	119

1 INTRODUÇÃO

Quando iniciei minha trajetória profissional como professora da Escola Técnica de Enfermagem (ETE), ampliei minha visão em relação aos processos de trabalho da equipe de enfermagem. Na medida em que participo da formação do técnico de enfermagem, tornou-se necessário compreender seu papel e a repercussão das suas ações no contexto do cuidado. Nesse sentido, percebi ao longo das supervisões de estágio, a importância da sua participação na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ou Processo de Enfermagem (PE).

A SAE é uma metodologia de trabalho que orienta as ações de cuidado. Conforme Almeida (2002), seu emprego permite a aplicação dos fundamentos teóricos da enfermagem na prática, ordenando e direcionando o cuidado de forma individualizada, personalizada e humanizada.

A equipe de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HC), constituída por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, emprega a SAE desde a década de 1970. Esta metodologia fundamenta-se na teoria das Necessidades Humanas Básicas, difundida por Wanda Horta em seu livro “O Processo de Enfermagem” (ALMEIDA, 2002; BENEDET; BUB, 1998; HORTA, 1979). Trata-se de uma prática consolidada no HC, sendo uma das metas do seu planejamento estratégico: “Assegurar a qualidade do cuidado de enfermagem através da Sistematização da Assistência de Enfermagem” (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2006b).

A SAE é constituída por etapas inter-relacionadas que apresentam diferentes denominações de acordo com seu referencial teórico. O HC, que é a Instituição deste estudo, adaptou o referencial de Horta à sua realidade. As etapas adotadas conforme o Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem (GTDE) são: Anamnese e Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2006a).

Desde 2000, a prescrição e os diagnósticos de enfermagem foram introduzidos no sistema informatizado do HC. Até então, a prescrição era feita manualmente, sem a realização dos diagnósticos de enfermagem. Esse sistema

resultou do projeto de pesquisa, “Introduzindo o processo diagnóstico como registro do cuidado na enfermagem em um hospital universitário” (CROSSETTI *et al.*, 1998). Ele contempla os diagnósticos de enfermagem da Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) combinado com as Necessidades Humanas Básicas de Horta (BENEDET; BUB, 1998).

Na prática do cuidado, todos os membros da equipe de enfermagem participam da implementação da SAE, de acordo com suas competências profissionais. Nos aspectos legais, o enfermeiro é responsável por sua implantação, planejamento, organização, execução e avaliação. O técnico de enfermagem por sua vez, está apto a participar do planejamento da assistência (BRASIL, 1987; COFEN, 2002). Apesar desse amparo legal, observo que na prática, essa categoria profissional parece colaborar de forma limitada com sua implementação, sendo seu envolvimento com a SAE na maioria das vezes, restrito à realização dos cuidados de enfermagem prescritos. Nessa perspectiva, o TE não amplia a visão do enfermeiro no planejamento das ações, pois pouco participa do processo de discussão. Além disso, em algumas circunstâncias deparo-me com relatos de técnicos de enfermagem que revelam seu pouco conhecimento acerca da metodologia. Nesses momentos, percebo a possibilidade da realização de ações de cuidado desvinculadas de um planejamento, contradizendo o referencial da SAE.

Uma das propriedades do processo de enfermagem é precisamente a interatividade, uma vez que ele baseia-se nas relações recíprocas da equipe de enfermagem, da equipe multiprofissional, do paciente e da família (IYER *et al.*, 1993). Dessa maneira, o TE deveria ser estimulado a contribuir e participar do planejamento das ações de cuidado na medida em que diariamente observa e avalia as alterações dos pacientes. A troca de informações com o enfermeiro, além de desenvolver um espaço para discussão do plano de cuidados promove ações da equipe de enfermagem coerentes às necessidades dos pacientes. O enfermeiro, por sua vez, vale-se pouco dessa parceria e parece desconhecer as competências do TE relacionadas com o exercício da SAE, o que dificulta sua supervisão, orientação e avaliação das ações de cuidado da sua equipe.

Na pesquisa de Lima e Kurcgant (2006), sobre a experiência dos enfermeiros de um hospital universitário no processo de implementação do diagnóstico de enfermagem foram revelados aspectos a respeito da participação da equipe de enfermagem na SAE. Realizaram-se reuniões científicas com auxiliares e técnicos

de enfermagem sobre o Diagnóstico de Enfermagem (DE), cujo objetivo era apresentar a proposta de implementação do Diagnóstico de Enfermagem na SAE e destacar a importância da participação desses profissionais no processo de levantamento de dados e no planejamento da assistência. Para surpresa dos autores, o grupo estudado demonstrou tranquilidade e receptividade em relação ao Diagnóstico de Enfermagem, e insatisfação por não participar de forma efetiva no planejamento da assistência. Dessa forma, ficou demonstrado que havia um desafio de conscientizar o enfermeiro sobre o valor do envolvimento da equipe de enfermagem na discussão do plano de cuidados.

Nesse sentido, este estudo busca conhecer, na perspectiva de técnicos de enfermagem de um hospital universitário, as competências desenvolvidas na sua formação para o exercício da SAE e identificar como ocorre sua participação nessa metodologia. Os aspectos relativos à formação do TE serão abordados, considerando que as competências para seu exercício profissional são desenvolvidas no desenrolar do seu processo de formação, que inicia no curso técnico e estende-se ao longo de sua trajetória profissional, envolvendo práticas do cotidiano do trabalho. Conforme Ceccim (2005), a formação de um profissional de saúde não decorre somente de um processo de aquisições cognitivas e confirmação de habilidades de discernimento intelectual. Ela resulta de um processo que abrange as políticas de ensino, as políticas do exercício profissional e as do trabalho em saúde.

O conceito de competência está embasado, sobretudo no referencial empregado por Perrenoud cuja definição é “capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles” (1999, p. 7).

Cabe destacar que até o momento, grande parte das pesquisas encontradas sobre a SAE evidencia a contribuição e a percepção do enfermeiro na sua implementação (BACKES et al., 2005; DOMENICO et al., 2000; LIMA; KURCGANT, 2006). Diante disso, justifica-se a realização deste estudo em função de que existem poucos trabalhos que envolvam a equipe de enfermagem.

Corroborar a literatura ao exemplificar os recursos que o PE proporciona para a equipe de enfermagem e que dependem da sua interação. Conforme Iyer et al. (1993), o PE organiza as ações de enfermagem e tem diferentes propriedades: intencionalidade, sistematização, dinamicidade, interatividade, flexibilidade e

fundamentação teórica. Dessa forma, as ações da equipe de enfermagem são guiadas a partir de um suporte teórico que orienta a coleta de informações a respeito das condições de saúde, estabelece os diagnósticos, auxilia na determinação de prioridades para tomada de decisões, fundamenta os cuidados e fornece os parâmetros para a avaliação. Nesse sentido, o sucesso do PE vincula-se à colaboração de todos os sujeitos envolvidos na sua implementação.

Como afirmam Garcia e Nóbrega (2005, p. 41), “o Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico de que lançamos mão tanto para favorecer o cuidado, quanto para organizar as condições necessárias para que este ocorra”. Portanto, este estudo visa a colaborar com a promoção da SAE a partir do conhecimento das competências desenvolvidas na formação do TE para sua implementação. Dessa maneira, ao identificar as competências, a equipe de enfermagem amplia suas possibilidades de realizar ações articuladas de cuidado que atendam às necessidades do paciente.

2 OBJETIVO GERAL

Conhecer, considerando a perspectiva de técnicos de enfermagem, que atuam em um hospital universitário, as competências desenvolvidas na sua formação para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

2.1 Objetivos Específicos

Foram meus objetivos específicos nesse trabalho:

- a) Identificar a participação do técnico de enfermagem na Sistematização da Assistência de Enfermagem.
- b) Analisar as competências necessárias na formação do técnico de enfermagem para a prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo é feita uma revisão dos termos Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem a partir de diferentes autores. Apresento as etapas dessa metodologia e sua importância no cenário institucional do HC relacionando-a aos aspectos legais atribuídos ao técnico de enfermagem. Posteriormente, são abordados os conceitos sobre competências, relacionando-os com a área da saúde e educação profissional durante a formação e prática assistencial, visto que a SAE demanda competências que são desenvolvidas tanto no curso técnico quanto ao longo do exercício profissional. Aborda-se, ainda, a trajetória histórica do técnico de enfermagem a fim de contextualizar seu atual cenário profissional.

3.1 A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Existem diversas terminologias conforme o referencial adotado, a finalidade e a área a que se destina para designar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Os termos contemporâneos mais utilizados são: metodologia da assistência e sistematização da assistência. Entretanto, também são mencionados: Processo de Enfermagem (PE), Processo de Cuidado, Metodologia do Cuidado, Processo de Assistir e Consulta de Enfermagem (CARRARO; WESTPHALEN, 2001; KLETEMBERG, 2004). A pluralidade de termos para designar a metodologia da assistência, segundo Kletemberg (2004), pode ter colaborado para dificultar a socialização do conhecimento e a apropriação desse método científico nos processos de trabalho da enfermagem. Para este estudo, empregou-se como sinônimo PE e SAE, respeitando as preferências dos respectivos autores.

O Processo de Enfermagem (PE) consiste num modelo metodológico em que o enfermeiro aplica seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para sua realização (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Nesse sentido, na própria legislação existe ambigüidade em relação à semântica dos termos. A Resolução COFEN-272/2002 emprega simultaneamente Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem em seus

artigos 1º e 3º, enquanto que, na literatura internacional, utiliza-se o termo “Nursing Process”.

No Brasil, a introdução da metodologia científica no processo de trabalho da enfermagem iniciou-se na década de 1960 e desenvolveu-se no contexto da profissionalização da enfermagem, fundamentada em interesses do governo, do mercado de trabalho e do ensino de enfermagem. As políticas de saúde das décadas de 1960 a 1970 privilegiavam a lógica da expansão na área hospitalar, direcionando o mercado de trabalho e o ensino na enfermagem. Nesse momento de expansão hospitalar, de ênfase nas práticas curativas, da procura pela valorização profissional, o planejamento da assistência inseriu-se com o objetivo de buscar o embasamento científico no processo de trabalho do enfermeiro (KLETEMBERG, 2004).

Lydia Hall, em 1955, define pela primeira vez o cuidar em enfermagem como um “processo”; e apenas em 1961, o termo “processo de enfermagem” é empregado por Ida Orlando para explicar o cuidado de enfermagem (HORTA, 1979, SPERANDIO, 2002).

A precursora da aplicação da metodologia científica no Brasil foi Wanda de Aguiar Horta, que desenvolveu o PE baseado na sua teoria das Necessidades Humanas Básicas, fundamentada na teoria de Maslow sobre a motivação humana. A autora considerava o PE uma dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas, objetivando a assistência ao ser humano. De acordo com seu entendimento, distinguem-se seis fases ou passos que estão inter-relacionados, tendo todos eles igual importância. Ela representou graficamente essas fases através de um hexágono. O centro desse hexágono representa o indivíduo, a família e a comunidade. As faces são vetores bi-orientados, expressando, assim, a repetição eventual de procedimentos (HORTA, 1979, KLETEMBERG, 2004).

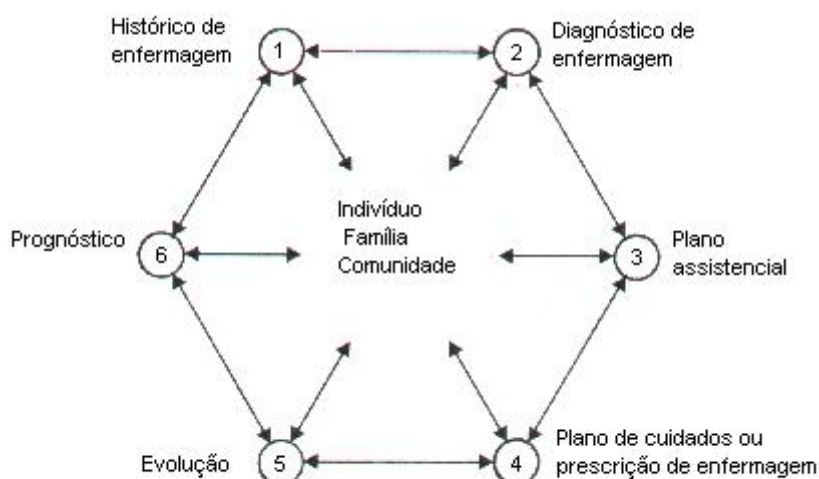


Figura 1: Processo de Enfermagem, de acordo com Horta (1979, p. 35).

O primeiro passo do modelo de Horta (1979) é o histórico de enfermagem. Ele é um roteiro sistematizado para o levantamento de dados (significativos para o enfermeiro) sobre o ser humano, tornando possível a identificação de seus problemas. A partir daí, esses dados são analisados e avaliados, o que desencadeia o segundo passo, que é o diagnóstico de enfermagem. Nessa etapa ocorre a identificação das necessidades do indivíduo e a determinação do seu grau de dependência.

Segue-se a terceira etapa, que é o plano assistencial. Ele determina a assistência global de enfermagem para aquele indivíduo diante do diagnóstico estabelecido. Esse plano assistencial caracteriza-se pela sistematização dos termos do conceito de assistir em enfermagem, ou seja, encaminhamentos, supervisão (observação e controle), orientação, ajuda e execução de cuidados (fazer).

O quarto passo é o plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, que é a implementação do plano assistencial pelo período aprazado. Nessa fase, é estabelecida a coordenação da equipe de profissionais que executará os cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do indivíduo.

A partir da avaliação sistemática da prescrição de enfermagem, surge o quinto passo, que é a evolução de enfermagem. Ela é um relato diário das alterações sucessivas que acontecem no indivíduo, auxiliando a avaliar sua resposta à assistência implementada.

O sexto passo, que completa o hexágono, após ser feito o estudo analítico e a avaliação dos passos anteriores, é o prognóstico de enfermagem. Ele é uma estimativa da capacidade do indivíduo para dar conta de suas necessidades básicas, alteradas após a implementação do plano assistencial através dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

De acordo com Horta (1979), em todos os passos do PE é possível corrigir erros e prever simultaneamente todas as fases. Ao se realizar o diagnóstico de enfermagem e a coleta de dados, já existe um conceito sobre o prognóstico. A divisão dos passos é feita por razões didáticas.

As necessidades humanas básicas, nas quais o PE se orienta, estão hierarquizadas por Maslow em cinco níveis: 1) fisiológicas; 2) de segurança; 3) de amor; 4) de estima; 5) de auto-realização. Um indivíduo passa de um nível a outro somente quando satisfaz o nível em que está inserido. Jamais há satisfação completa ou definitiva de uma necessidade, caso contrário não haveria motivação individual (HORTA, 1979).

Posteriormente, a mesma autora, adotou a denominação sugerida por João Mohana (1964), classificando as necessidades em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. No seu entendimento, todas estão intimamente inter-relacionadas, pois fazem parte de um todo, ou seja, o ser humano é um todo indivisível e não a soma das partes (HORTA, 1979).

O referencial de Necessidades Humanas Básicas, de Horta, foi implantado na Instituição deste estudo a partir da década de 70. Na época, o processo de enfermagem era desenvolvido em quatro etapas: histórico de enfermagem, lista de problemas, prescrição e evolução de enfermagem. Atualmente, as etapas adotadas, são denominadas: Anamnese e Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2006a).

Outros autores, além de Horta (1979), realizam pesquisas sobre a SAE. Alfaro-Lefevre define o PE como “um método sistemático de prestação de cuidados humanizados, que enfoca a obtenção de resultados desejados de uma maneira rentável” (2000 p. 29). Diferentemente de Horta, ela considera que o PE tem cinco etapas sistemáticas a serem seguidas. São elas: Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação. Todas têm por objetivo aprimorar e assegurar a eficiência da qualidade da assistência prestada.

Na visão de Alfaro-Lefevre (2005), nas duas primeiras etapas, Investigação e Diagnóstico, é necessário que o enfermeiro, além de coletar dados, analise, interprete, contextualize o paciente e relacione essas informações com sua avaliação clínica para que possa fazer diagnósticos precisos. Conforme os dados são coletados, inicia-se a interpretação das informações mesmo que o quadro não esteja completo.

Na etapa do planejamento são definidas as prioridades, estabelecem-se os resultados esperados e são determinadas as intervenções. Na Implementação, coloca-se o plano em ação, investigando a situação atual, realizando intervenções, comunicando e registrando. Na Avaliação consideram-se os resultados, realizando as modificações necessárias ou concluindo o plano (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

No HC, a avaliação dos resultados alcançados pela enfermagem em relação ao estado geral do paciente é registrada pela enfermeira (o), na evolução de enfermagem. Ela contempla informações sobre os diagnósticos de enfermagem e os resultados dos cuidados prescritos. Sua estrutura é composta por subjetivo, objetivo, impressão e conduta, que correspondem respectivamente ao que o paciente/ familiar refere; exame físico e dados objetivos sobre o paciente; diagnósticos de enfermagem e intervenções que necessitem ser adotadas (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2006a).

Para Sperandio (2002), a elaboração da SAE é um recurso que o enfermeiro faz uso para pôr em prática seus conhecimentos técnico-científicos e humanos no cuidado ao paciente, caracterizando assim sua prática profissional e colaborando na definição do seu papel.

Do mesmo modo é entendida como um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como a clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais. A partir dessas informações, determinam-se quais aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2005).

Um aspecto importante que Alfaro-Lefevre (2005), menciona relaciona-se ao fato de que o PE oferece uma forma dinâmica de promover o pensamento crítico em enfermagem. Diferentemente do pensamento espontâneo empregado nas relações cotidianas, o pensamento crítico é cuidadoso, deliberado, focalizado nos resultados.

Além disso, o pensamento crítico é componente fundamental da responsabilidade profissional e da qualidade da assistência de enfermagem. No

desenvolvimento do pensamento crítico o indivíduo constrói os seguintes hábitos mentais: confiança, perspectiva contextual, criatividade, flexibilidade, curiosidade, integridade intelectual, intuição, compreensão, perseverança e reflexão. Da mesma forma, os pensadores críticos praticam habilidades cognitivas de análise, aplicação de padrões, discernimento, busca de informações, raciocínio lógico, predição e transformação de conhecimentos (RUBENFELD; SCHEFFER apud LUNNEY, 2004).

Nessa perspectiva, compartilho com a idéia de que o pensamento crítico é componente fundamental para a enfermagem, na medida em que colabora na organização e no planejamento das ações. As inúmeras demandas cotidianas, atendidas pelo enfermeiro, contribuem para uma prática fragmentada que dificulta ações reflexivas e críticas. Conforme Deluiz (2001), as características do processo de trabalho em saúde são a complexidade, a heterogeneidade e a fragmentação. Nesse aspecto, considero que a SAE, por meio do pensamento crítico, propicia a interação entre o saber e a prática profissional, estimulando assim ações de cuidado mais coesas.

Em relação aos aspectos legais, o enfermeiro tem responsabilidade de garantir a implementação da SAE na sua prática. De acordo com a Resolução COFEN-272/2002 que regulamenta a Lei nº 7.498, Art. 1º, 2º e 3º a SAE deveria ser adotada em todos os hospitais, conforme a legislação determina.

Considerando a proposta da SAE, entendo que sua implementação possibilita ao enfermeiro dar visibilidade às suas ações que estarão integradas com às da sua equipe. Nesse contexto, ele exerce papel de líder, coordenando ações sistematizadas de acordo com os preceitos determinados pela SAE. Dessa maneira, a SAE auxilia a ampliar a visão da equipe de enfermagem sobre as necessidades do paciente.

Destaco a afirmação de Horta (1979), quando descreve, no quarto passo do PE, a necessidade da coordenação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do indivíduo.

Nesse sentido, a liderança e o trabalho em equipe são diferenciais no êxito dos processos de trabalho do enfermeiro e especificamente em relação à prática da SAE. O enfermeiro atua na assistência, supervisão, administração e ensino tanto de sua equipe quanto dos pacientes, sendo necessário que esses aspectos sejam desenvolvidos e aprimorados. Como afirma Peduzzi e Ciampone (1999), o trabalho

em equipe consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se contrapõe ao modo independente e isolado com que os profissionais da área da saúde habitualmente executam suas atividades cotidianas.

Peduzzi (2001), ainda observa a distinção entre duas noções que perpassam a idéia de equipe: como agrupamento de agentes e como integração de trabalhos. A primeira é caracterizada pela fragmentação, e a segunda, pela articulação que vai ao encontro da proposta de integração das ações de saúde.

Ao longo da minha trajetória profissional constatei em muitos momentos, a tendência das equipes de enfermagem realizarem práticas fragmentadas que dificultam a valorização da SAE na medida em que os sujeitos não percebem a articulação das suas ações. Por outro lado, as equipes de enfermagem que conseguem desenvolver a interação do seu grupo promovem, como refere Peduzzi (2001), a integração de trabalhos repercutindo assim na valorização da SAE. As ações de saúde que são discutidas e refletidas pelos seus membros identificam e comprometem os indivíduos com os resultados esperados. Da mesma forma, promove a valorização dos processos de trabalho de todas as categorias profissionais de enfermagem, pois possibilita o entendimento de que o cuidado é implementado por todos.

Nesse contexto, a liderança do enfermeiro é um aspecto que se destaca como uma das ferramentas imprescindíveis no seu processo de trabalho que repercute na equipe de enfermagem. Apesar de toda a transformação social causada pela tecnologia, esta não substitui a necessidade de orientar pessoas para alcançarem objetivos e metas. O capital humano permanece como o bem mais valioso de uma empresa. O enfermeiro traz em sua essência o contato com o outro, seja no exercício da arte de cuidar, seja na gestão de equipes ou na preocupação com quem cuida, uma vez que resolve conflitos, pratica a equidade na tomada de decisões, norteia-se pela ética e pela lei do exercício profissional, orienta novas condutas, busca a participação de seus pares na construção de planos e projetos (BALSANELLI; CUNHA, 2006). A SAE, nessa perspectiva, embora consolidada no HC requer constantemente do enfermeiro, o desenvolvimento da liderança e coordenação de sua equipe para atingir seus objetivos.

Corroboram essas idéias Garcia e Nóbrega (2005, p. 40), ao ressaltarem que no Processo de Enfermagem “as dimensões do pensar, do sentir e do agir articulam-

se, de forma indissociável”, ou seja, o trabalho da equipe, suas percepções, seus conhecimentos, julgamentos, valores se refletem diretamente no cuidado.

Ao adotar-se a SAE como metodologia de trabalho, todos os membros da equipe de enfermagem têm oportunidade de valorizar suas ações e realizar um cuidado integral em relação ao paciente. Nesse aspecto, a legislação assegura a participação do TE ao afirmar que ele assiste ao enfermeiro nas atividades de planejamento, programação, orientação e supervisão das ações de enfermagem.

O Decreto nº. 94.406/87 regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem determina no artigo 10, o que segue (BRASIL, 1987):

Art. 10 - O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

I - assistir ao Enfermeiro:

- a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;
- b) na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave;
- c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;
- d) na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;
- e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
- f) na execução dos programas referidos nas letras “a” a “e” e “g” a “i” do item II do Art. 8º.

II - executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º deste Decreto:

III - integrar a equipe de saúde.

- b) executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo único do Art. 11 desta Lei;
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;
- d) participar da equipe de saúde.

Constata-se que o TE tem amparo legal quanto a sua participação em grau auxiliar no planejamento da assistência. Convém ressaltar que o enfermeiro ao ser assistido pelo TE, não está delegando suas atribuições privativas como a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem. Pelo contrário, nesse momento ele compartilha e analisa as informações e observações que o TE lhe fornece para que realize um plano de cuidados adequado às necessidades do paciente e assim, oriente sua equipe.

Embora a legislação garanta que a SAE seja implantada em toda instituição pública ou privada, existem ainda dificuldades. Entre elas está a falta de conscientização do enfermeiro em relação a sua responsabilidade de colocá-la em prática, o desconhecimento da lei do exercício profissional, a falta de liderança e comprometimento e o pouco tempo para realização dessa atividade. Esses fatores podem provocar a perda de estímulo, a desmotivação e a insatisfação dos enfermeiros na sua prática (ARAÚJO *et al.*, 1996; KLETEMBERG, 2004).

Em pesquisa realizada num hospital filantrópico de grande porte com 35 enfermeiros pertencentes a diferentes unidades de internação, 88% relataram dificuldades na implantação da SAE associadas à sobrecarga de trabalho por desvio de função e também ao número insuficiente de profissionais para a realização dessa atividade. Em relação às dificuldades de implementação, a mesma pesquisa constatou que o trivial é o ceticismo e a rejeição dos próprios enfermeiros que revelam dessa forma, a falta de um conhecimento específico e a desatualização profissional. Apesar da descrença de alguns enfermeiros, a SAE na realidade representa para as instituições e principalmente para as equipes de saúde, importante documento que fornece informações de valor técnico, científico e ético-legal (BACKES *et al.*, 2005).

Na nossa sociedade, constata-se que a SAE é ainda uma metodologia que apresenta dificuldades de implantação na maioria das instituições de saúde, embora tenha amparo legal. Um estudo com enfermeiras sobre a SAE revelou que existem fatores que dificultam sua utilização. As participantes apontam falta de tempo, sobrecarga de trabalho e rotatividade dos pacientes internados (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2007).

As dificuldades identificadas em algumas situações refletem a necessidade de discussão sobre esse tema entre a equipe de enfermagem. A SAE é uma

metodologia que busca o aprimoramento das ações da equipe de enfermagem. Dessa forma, é importante revelar seu significado e valor nos contextos onde existe pouco reconhecimento do impacto da sua implementação.

No HC, ao contrário da realidade de outras instituições, ela é uma metodologia consolidada que busca assegurar a qualidade do cuidado de enfermagem e que contribui para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos pacientes. Nesse sentido, é importante avaliar sua prática a partir da visão de todos os membros da equipe de enfermagem, visto que a SAE é implementada, nas suas diferentes etapas, com a colaboração de todos.

3.2 O modelo das Competências

A definição do conceito de competência é uma tarefa complexa na medida em que compreende vários sentidos. Ao longo desse capítulo, trago uma visão geral sobre o tema e posteriormente direciono seu conceito com a educação profissional e o trabalho, conforme diferentes referenciais e autores. Abordo na seqüência da discussão, alguns aspectos históricos que influenciaram a formação do TE. Reitero que os aspectos relativos à formação do TE serão abordados, considerando a influência da formação inicial e ao longo da sua trajetória profissional para o desenvolvimento de suas competências.

A noção de competência começou a ser empregada na Europa a partir dos anos 80. É uma noção polissêmica, envolvendo vários sentidos. Originada das Ciências da Organização, surge em meio à crise do modelo de organização taylorista-fordista, de mundialização da economia, de crescente competição nos mercados, de demanda por qualificação dos produtos, de flexibilização nos processos de produção e de trabalho (DELUIZ, 2001).

O modelo taylorista-fordista predominante até então, almejava o aumento da produção com a diminuição do trabalho, e da criação das linhas de montagem na indústria automobilística preconizado por Henry Ford. Essa concepção de gestão da mão-de-obra baseava-se na extrema divisão do trabalho e na fragmentação do saber, decorrentes do parcelamento das tarefas e da separação entre concepção e execução (DE MASI, 1999; DELUIZ, 2001, HARVEY, 2006).

Na área da saúde, como exemplifica Zocche (2007), a enfermagem é muito submetida ao modelo tecnicista, uma vez que a maioria das instituições de saúde trabalha de forma fragmentada a partir de estruturas hierarquizadas e normas técnicas rígidas. Esta organização do trabalho focada no fazer, segue o modelo de divisão de tarefas que não promove a apropriação coletiva do processo de trabalho, deixando muitas vezes a interação pessoal em segundo plano ou fora das análises sobre formação e desempenho profissional.

Nesse cenário de crise e com a crescente escolarização dos jovens, as empresas passam então, a empregar e adequar as aquisições individuais da formação, em função das suas necessidades. A aprendizagem é direcionada para a ação, e a avaliação das competências é fundamentada nos resultados observáveis. Desse modo, o modelo das competências vem substituir o de qualificação que se relacionava na área da educação, à escolarização formal e seus certificados e no mundo do trabalho à carreira profissional constituída de cargos e salários (ALMEIDA, 2002; DELUIZ, 2001).

O termo competência, de acordo com a área empregada, é utilizado no plural ou singular. Os especialistas em Ciências Sociais empregam geralmente no plural para designar os conteúdos particulares de cada qualificação profissional em uma determinada instituição de trabalho e na psicologia utiliza-se no singular, indicando um comportamento que é equivalente a uma habilidade (DEPRESBITERIS, 2005).

Os conceitos de competência e qualificação são debatidos por diferentes autores. Ramos (2002a; 2002b), os analisa, destacando que existe um tensionamento entre os mesmos. Para essa autora, a noção de competência valoriza o sujeito e sua subjetividade em detrimento dos saberes formais que se legitimam através dos diplomas. As potencialidades individuais têm ênfase e sobressai a dimensão experimental, enfraquecendo a dimensão social e conceitual. Por outro lado, a qualificação é associada ao regime taylorista-fordista, identificado com uma visão estática do mundo do trabalho.

O modelo das competências apresenta uma perspectiva que amplia a noção a respeito do desempenho do indivíduo, valorizando tanto seus aspectos técnicos quanto subjetivos. Na educação profissional em que a dimensão experimental é historicamente destacada, o emprego desse modelo resgata o significado e a importância das diferentes dimensões do conhecimento.

Para Witt (2006), a noção de competência ao destacar-se em relação ao conceito de qualificação provoca uma crise na valorização dos certificados e nas trajetórias das carreiras profissionais que até então são construídas linearmente e de forma inflexível. Nesse sentido, há uma mudança de comportamento, o trabalhador altera sua lógica de ter uma qualificação, ter conhecimentos para: ser competente, ser qualificado.

Ambos os modelos, de acordo com Almeida (2002) parecem partir da mesma concepção do modelo de organização capitalista de trabalho. Entretanto, identificam-se algumas diferenças qualitativas, pois a qualificação parece ser mais restrita ao ponto de vista técnico-científico enquanto o das competências apresenta maior abrangência, sendo multidimensional, incorporando à perspectiva puramente técnico-operacional (própria da racionalidade técnica) dimensões de ordem subjetiva, psicossocial e cultural.

Ao se difundir o modelo das competências na formação do técnico de enfermagem cria-se a possibilidade desses trabalhadores entenderem de forma mais clara o porquê do seu fazer. O TE desenvolve suas atividades fundamentado num referencial que busca problematizar, valorizar e integrar o conhecimento em todas as suas dimensões. O modelo das competências, portanto, traz um novo enfoque ao valorizar o saber tácito e a subjetividade do trabalhador. Diferentemente do modelo fordista-taylorista, onde o valor do certificado era a garantia de sua competência profissional, esse novo modelo demanda do trabalhador saberes que são mobilizados em situações que nem sempre são programadas e que nem sempre estão explicitadas no projeto político pedagógico dos cursos. Um técnico de enfermagem formado a partir desse enfoque percebe que tanto a técnica quanto as relações de trabalho são importantes para o seu desempenho.

Dentro dessa perspectiva de flexibilização, a qualificação do trabalhador não é mais dirigida para realização de tarefas definidas relacionadas a um posto de trabalho. Ela acontece a partir da qualificação real do trabalhador entendida como um conjunto de habilidades e competências, saberes e conhecimentos que se originam de diferentes instâncias: formação geral (conhecimento científico), da formação profissional (conhecimento técnico) e da experiência de trabalho e social (qualificação tácita). A observação da qualificação real do trabalhador torna-se mais complexa, pois ela se estabelece mais no “saber ser” do que no “saber-fazer”. Constituem-se como características desta qualificação real, o grupo de

competências que são colocadas em prática em situações concretas do cotidiano do trabalho e a articulação dos diferentes conhecimentos mobilizados na solução dos problemas, no enfrentamento das situações imprevisíveis e dos desafios do trabalho (DELUIZ, 2004).

Depresbiteris (2005) justifica a adoção do modelo das competências ao afirmar que à medida que o trabalho tornou-se mais complexo, em função da inserção das novas tecnologias e também da reformulação da sua organização, houve uma exigência da sociedade muito maior do que o saber fazer, surgindo assim o discurso das competências que aponta a necessidade da mobilização de outras dimensões de saberes e introduz a subjetividade do trabalhador. Ela também afirma que a discussão sobre competências desvela aspectos na área da educação que são fundamentais: a mobilização integrada de vários saberes, a reformulação dos currículos de educação profissional, a inovação nos conteúdos e formas de capacitação de professores e a adoção de uma avaliação de cunho mais dinâmico e formativo.

Da mesma forma, Deluiz (2001), explica o surgimento do modelo das competências a partir de uma realidade de mercado de trabalho instável, flexível e cambiante, aonde se ampliam as exigências relativas às qualificações dos trabalhadores. Nesse sentido, a implantação de um modelo de formação e de gestão da força de trabalho é cada vez mais, baseado no enfoque das competências profissionais.

Frigotto ao prefaciá-la obra de Ramos (2002), faz críticas ao afirmar que em relação à educação, esse modelo tem uma perspectiva individualista que é coerente com o ideário da desregulamentação, flexibilização e privatização, que não privilegia os direitos sociais ordenados segundo um enfoque de compromisso social e coletivo. Nesse contexto, o indivíduo tem que adquirir um pacote de competências de acordo com os preceitos do mundo empresarial cuja certificação lhe promete empregabilidade. É retirada a responsabilidade da sociedade e apenas o indivíduo gerencia suas competências profissionais.

Confirma-se a partir dos diferentes pontos de vista dos autores anteriormente citados que o modelo das competências abrange diferentes concepções e conforme seu enfoque é adotado nos diferentes contextos da sociedade.

3.2.1 Definições do modelo das Competências na educação e no trabalho

O conceito de competência não se restringiu ao mundo do trabalho, sendo introduzido no campo da educação desde os anos 20, ainda que só tenha aparecido como movimento forte a partir dos anos 60. Nessa época, diversos profissionais começaram a retomar a discussão do tema clássico acerca do distanciamento entre o ensino acadêmico e a realidade da vida e do trabalho. Nos Estados Unidos, surgiu no início dos anos 70, a partir de um movimento chamado “Ensino Baseado em Competências” que se dirigia para três objetivos comportamentais: pensar, sentir e agir, ou seja, adquirir conhecimentos, desenvolver atitudes e interesses para exercer uma atividade. Na Europa começa a ganhar forma nos anos 80, e na França implementa-se de maneira definitiva na Charte des Programmes de 1992, que enuncia os princípios diretivos dos programas de ensino para todas as séries da educação geral. Esse documento pode ser considerado como evidência da passagem de um ensino focalizado nos saberes disciplinares a outro que tinha por objetivo e meta a produção de competências verificáveis nas situações e tarefas específicas (DELUIZ, 2004; OIT, 1999).

No Brasil, ao final dos anos 90, a lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, conhecida como Lei Darcy Ribeiro, inseriu novos elementos na estrutura educacional. Outras formas de educação, além da escolarizada são reconhecidas como os processos de formação na vida familiar, nas relações do trabalho e nas organizações da sociedade. A formação profissional passa a ser considerada uma estratégia diferenciada de educação formal que permite às Escolas Técnicas e Profissionais terem, além dos seus cursos tradicionais, matrículas condicionadas à capacidade de aproveitamento e não mais fundamentalmente à escolaridade. Por último, a legislação traz para discussão o reconhecimento do saber tácito, aferido e validado por meio de exames para inclusão dos indivíduos que precocemente interromperam seus estudos (OIT, 1999).

Essas reformas educacionais começaram a ser concretizadas, conforme a orientação e apoio financeiro de organismos internacionais que tinham a finalidade de articular e subordinar a produção educacional às necessidades estabelecidas

pelo mercado de trabalho e à necessidade de estabelecer mecanismos de controle e avaliação da qualidade dos serviços educacionais (DELUIZ, 2001; OIT, 1999).

Na educação profissional, as novas concepções se concretizam por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a Educação Profissional, consolidadas no Parecer do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Básica (CEB) nº. 16/99 e na Resolução CNE/CEB nº. 04/99 e nos Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Profissional. A DCN passa então a estabelecer como concepção orientadora o modelo das competências para atender o novo cenário da educação profissional. Nesse momento, ela procura que o futuro trabalhador desenvolva diversas capacidades (iniciativa, raciocínio, pensamento crítico e empreendedorismo, entre outras) que lhe permitirão transitar e atender suas demandas profissionais, construindo seu itinerário profissional (BRASIL, 1999a; 1999b).

Assim, para as DCN competência profissional é entendida como:

a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho (BRASIL, 1999a).

Deluiz (2001) considera que essa noção de competência aproxima-se de uma visão construtivista que compreende as competências como as ações e operações que articulam conhecimentos (o saber), as habilidades (o saber fazer), os valores (o ser) e as atitudes (o conviver), constituídos de forma articulada e mobilizados em realizações profissionais de qualidade. Entretanto, a autora identifica algumas restrições nesse enfoque conceitual. Ao mesmo tempo em que está fundamentada em uma concepção construtivista, operacionalmente há uma perspectiva funcionalista traduzidas nos perfis de competências que descrevem as funções exigidas pela natureza do trabalho. Além disso, está referenciado aos atributos individuais dos trabalhadores numa perspectiva subjetivista e cognitivista que minimiza a dimensão das competências coletivas e sociais.

O Parecer nº. 16/99 apresenta definições importantes que contribuem no entendimento desse novo referencial. O conhecimento é descrito como saber, a habilidade se refere ao saber fazer relacionado com a prática do trabalho, distinguindo-se da simples ação motora. O valor se expressa no saber ser, na

atitude que está relacionada com o julgamento apropriado da ação, com a qualidade do trabalho, a ética do comportamento, a convivência participativa e solidária e outras qualidades humanas (a iniciativa e a criatividade). Nessa perspectiva, alguém tem competência profissional quando constitui, articula e mobiliza valores, conhecimentos e habilidades para a resolução de problemas não só rotineiros, mas também imprevisíveis durante sua atuação profissional. As competências se traduzem pela mobilidade entre diferentes atividades produtivas, que é considerada imprescindível numa sociedade cada vez mais complexa e dinâmica em suas descobertas e transformações. Na perspectiva da laboralidade, a conexão entre educação e trabalho é uma referência fundamental para se entender o conceito de competência como a capacidade pessoal de articular os saberes (saber, saber fazer, saber ser e saber conviver) próprios das situações concretas de trabalho (BRASIL, 1999b).

A proposta do Parecer nº. 16/99, como afirma Ramos (2002b), promove o encontro entre formação e emprego que é a idéia difundida em relação à apropriação da noção de competência pela escola, sendo que se parte de situações concretas em que os alunos deverão ser capazes de entendê-las e dominá-las.

Perrenoud, sociólogo suíço, professor na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação na Universidade de Genebra, conhecido por suas idéias sobre avaliação em sala de aula e sobre a profissionalização do professor considera que o termo competência tem múltiplos significados. No seu entendimento, a definição de competência é a “capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles” (1999, p. 7). O referencial deste autor é empregado, sobretudo para fundamentar este estudo, considerando a amplitude do seu significado para a formação das competências do técnico de enfermagem.

Para o mesmo autor, o indivíduo diante de uma determinada situação, precisa mobilizar e relacionar, vários recursos cognitivos complementares entre os quais estão os conhecimentos. Nesse sentido, as competências que se manifestam não são os conhecimentos, elas *os utilizam, os integram ou os mobilizam*. Pensar em termos de competência significa refletir sobre a orquestração desses múltiplos recursos cognitivos e afetivos mobilizados para enfrentar uma coletânea de situações com estrutura semelhante no momento e na circunstância adequada. A construção das competências dá-se a partir da formação de esquemas, estruturas

da ação, que podem ser transpostos, realizando pequenas acomodações, em situações análogas. Os esquemas são adquiridos por meio da prática e estão amparados em uma teoria. Além disso, uma competência, na sua formação passa por raciocínios explícitos, decisões conscientes, inferências, perturbações, ensaios e erros que paulatinamente constituem-se em um esquema complexo. (PERRENOUD, 1999, 2001, 2004).

Da mesma forma, Le Boterf (2003), considera competência como a capacidade de *mobilizar* um conjunto de recursos cognitivos (saberes, saber-fazer ou saber-ser) ao enfrentar uma situação complexa.

O saber-fazer elucida as técnicas, os procedimentos isto é, as estratégias que fazem parte das atividades do trabalho. O saber fundamenta o saber-fazer a partir dos conhecimentos técnicos. O saber-ser relaciona-se às atitudes e aos valores e tem uma dimensão social que expressa a ética de uma profissão (DEPRESBITERIS, 2005; TANGUY, 1997).

Percebe-se, assim, que os autores reconhecem que dependendo do contexto, diferentes conhecimentos são mobilizados para a resolução dos problemas, sendo que os mesmos estão interligados e se complementam. A dimensão da competência não está restrita a um saber específico. Ao longo de minha experiência como docente, constatei que o TE necessita mobilizar diversos “saberes” para realizar suas ações de cuidado. Contudo, muitos profissionais atuam fundamentados num enfoque tecnicista, em que a tendência é de supervalorizar o “saber fazer”, os procedimentos, ficando em segundo plano as outras dimensões da competência. Deste modo, muitas vezes as práticas são realizadas mecanicamente a partir de uma perspectiva reducionista.

No contexto do trabalho, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) define em seu glossário (1999 p. 22) competência como sendo:

a capacidade de articular e mobilizar condições intelectuais e emocionais em termos de conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas, necessários para o desempenho de uma determinada função ou atividade, de maneira eficiente, eficaz e criativa, conforme a natureza do trabalho. Capacidade produtiva de um indivíduo que se define e mede em termos de desempenho real e demonstrado em determinado contexto de trabalho e que resulta não apenas da instrução, mas em grande medida, da experiência em situações concretas de exercício ocupacional.

Do mesmo modo, Ducci (1997), define competência profissional como uma construção social de aprendizagens significativas e úteis para o desempenho produtivo. Verificável em situações concretas de trabalho, adquiridas não somente através do ensino, mas também, na maioria das vezes, mediante a aprendizagem por experiências, na prática da atividade.

Perrenoud (1999), aborda as competências relacionadas a uma profissão, considerando que elas não se limitam ao domínio dos saberes, mas mobilizam *savoir-faire* (saber fazer) e principalmente esquemas de pensamento e ação cuja codificação nunca é completa. Para o autor, sua construção é mais ágil na medida em que os processos de trabalho reproduzem-se em intervalos de tempo menores que outros campos de ação.

Ao se fazer uma reflexão entre o referencial da competência na educação e no trabalho, constata-se que o desenvolvimento das competências na educação tem a intenção de preparar o indivíduo para aquisição de saberes (saber, saber-fazer, saber ser e saber conviver) que posteriormente repercutem no desenvolvimento das competências profissionais. Nesse sentido, Perrenoud (2001a), destaca que na competência profissional deveria haver uma relação com os saberes teóricos que não fosse reverente nem dependente, mas ao contrário, crítica e pragmática, na medida em que o profissional passa por diversos papéis e suas decisões podem ser elaboradas na urgência e no estresse, dificultando um raciocínio tranquilo e seguro.

No que tange à formação das competências do TE relacionadas à prática da SAE, é necessário o desenvolvimento de vários conhecimentos para sua implementação. As ações de cuidado estão inseridas num contexto dinâmico e complexo que demandam do profissional além dos aspectos teóricos da competência, a mobilização dos aspectos pertinentes à relação com o paciente, à equipe e a família. A construção dessas competências ocorre no coletivo da equipe de enfermagem por meio da participação do TE no planejamento das ações de cuidado. O TE que contribui com informações e sugestões para o enfermeiro planejar as ações de cuidado revela domínio de conhecimentos e amplia e fortalece os pressupostos da SAE, contribuindo com uma equipe mais crítica e reflexiva. Estabelece-se dessa maneira, relações de aprendizado entre os componentes da equipe de enfermagem que possibilitam a valorização da sua prática.

O processo de enfermagem, como coloca Alfaro-Lefreve (2005), busca, da mesma forma que Perrenoud descreve as competências profissionais, uma prática

reflexiva ao promover a qualidade dos cuidados por meio da associação do conhecimento e do pensamento crítico (o quê, por que), das habilidades técnicas e interpessoais (como) e dos cuidados (vontade, capacidade). Dessa maneira, as competências do TE desenvolvem-se ao longo de um processo de formação que deveria incluir práticas educativas que renovassem e qualificassem o seu fazer.

Na minha experiência como docente, a SAE auxilia o aprendizado dos alunos do curso técnico de enfermagem, fornecendo informações (histórico, evolução e diagnóstico de enfermagem) e guiando as ações a serem realizadas (prescrição de enfermagem). Nessa perspectiva, eles são estimulados a valorizar, participar e compreender a SAE nos seus processos de trabalho e a desenvolver competências que vão além do conhecimento técnico, a partir de práticas mais reflexivas. Nesse cenário, os alunos identificam a importância do papel do enfermeiro como mediador e líder nas relações de trabalho da equipe.

3.3 A trajetória histórica da formação do técnico de enfermagem

Ao conviver nos últimos anos com alunos do curso técnico, constatei que sua formação não se esgota no curso inicial, mas estende-se ao longo da sua trajetória profissional. Da mesma forma, percebi que a abordagem de alguns aspectos históricos que influenciaram sua formação facilita o entendimento das suas práticas de cuidado. A educação profissional no Brasil, segundo o Parecer CNE/CEB nº. 16/99 tem sua origem a partir de um enfoque assistencialista, pois seu objetivo era de atender as classes menos favorecidas. Historicamente, a escravidão no Brasil deixou marcas profundas e preconceituosas com relação à classe social que realizava trabalhos manuais, pois se associava a idéia de esforço físico e sofrimento. Esse legado colonial escravista determinou uma visão deturpada da sociedade sobre a educação e a formação profissional. Estabeleceu-se assim uma separação entre a classe da população que detinha o saber através do ensino escolar acadêmico e os que eram capacitados para realizar atividades manuais através do ensino profissional. Nesse contexto, o desenvolvimento intelectual era visto como dispensável para a maioria da população, visto que não se reconhecia a existência de vínculo entre escola e trabalho, pois as atividades econômicas não exigiam educação formal ou profissional. A transmissão dos conhecimentos de forma

sistemática e universal através da escola somente foi incorporada aos direitos sociais do cidadão no século XX, quando se considerou a educação, a saúde, o bem estar econômico e a profissionalização como condições fundamentais para o exercício da cidadania. A educação profissional no início desse século, ainda mantinha seu caráter assistencial. O que surge de novo é o interesse no preparo profissional dos trabalhadores.

O mesmo parecer relata que até meados da década de setenta, do século XX, a formação profissional restringia-se ao treinamento de trabalhadores para realização de tarefas rotineiras, simples e previamente determinadas. A pouca escolaridade da maioria dos trabalhadores não era vista como empecilho para o desenvolvimento econômico. Uma pequena parcela necessitava ter competências em níveis de maior complexidade, pois era rígida a distinção entre quem planejava e quem executava as ações. Na década de 80, estabelece-se um novo cenário econômico relacionado ao emprego de novas e complexas tecnologias, repercutindo na organização e gestão dos processos de trabalho. A partir de então, a educação geral para os trabalhadores, a educação profissional básica para os não qualificados, a qualificação profissional dos técnicos e a atualização dos conhecimentos torna-se necessária.

O Técnico de Enfermagem (TE) é um profissional existente desde 1966, quando foi criado o primeiro curso na Escola Ana Néri através do Parecer 171/66147. Nessa época, o governo militar a partir da pressão do mercado de trabalho (criação de novos postos) e da população brasileira, por mais vagas universitárias e com a crescente industrialização e urbanização, instituiu os cursos profissionalizantes. A regulamentação do TE para o exercício profissional, contudo, ocorreu somente em 1986, com a Lei nº. 7.498/86, regulamentada pelo Decreto-Lei nº. 94.406/87 (BRASIL, 1999a; KLETEMBERG; KOBAYASHI; LEITE, 2004).

O TE até a promulgação da Lei 7498/86 exercia suas funções desconhecendo suas atribuições específicas. Convém destacar que a lei do exercício profissional que estava em vigor, Lei 2.604/55 assegurava diversas categorias profissionais na equipe de enfermagem: o enfermeiro, a obstetriz, o auxiliar de enfermagem, a parteira e os práticos de enfermagem. O texto dessa lei descreve as funções de chefia, liderança e ensino do enfermeiro e o cuidado direto dos pacientes para os auxiliares de enfermagem, enfermeiros práticos e práticos de enfermagem. Percebe-se assim, os princípios da divisão social do trabalho: intelectual X manual. O

enfermeiro administrava e ensinava e o pessoal auxiliar realizava as ações de cuidado (KLETEMBERG, 2004).

Esse cenário, onde se desconhecia as responsabilidades profissionais das categorias e o “saber intelectual” e o “saber fazer” eram valorizados distintamente, perdurou formalmente até a promulgação da Lei 7498/86. A existência de um intervalo de tempo para determinação das atribuições profissionais dos membros da equipe de enfermagem pode ter contribuído com dificuldades nos processos de trabalho que repercutem nos dias atuais. Na maioria dos contextos da área da saúde, o cuidado acontece quando são realizados acordos, combinações e práticas que se implementam por uma equipe. Nesse sentido, ao se desconhecer de forma categórica as atribuições pertinentes a cada profissional dentro dela, todos têm permissão de realizar práticas, confundindo-se suas responsabilidades e dificultando a valorização dos seus componentes.

Atualmente, o TE é inserido no mercado de trabalho, num contexto um pouco diferenciado. A legislação descreve suas atribuições e a equipe de enfermagem é composta pelo enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem. Contudo, nos processos de trabalho da equipe de enfermagem ainda é possível encontrar práticas dissociadas. O legado de ações de cuidado fundamentadas na divisão social do trabalho e na dicotomia entre o fazer e pensar, ainda predomina em muitos momentos nos seus processos de trabalho.

Em relação à educação profissional do TE houve transformações importantes. Seu caráter não é mais assistencialista e ela é concebida como uma estratégia para que os indivíduos de uma sociedade tenham de fato acesso aos conhecimentos científicos e tecnológicos. Ao contrário da sua concepção original que se fundamentava no preparo para execução de determinadas tarefas, hoje ela solicita a compreensão de todo processo produtivo que inclui valores, além do saber tácito (BRASIL, 1999b).

A presente Lei de Diretrizes e Bases da Educação Profissional (LDB) tem uma visão inovadora quanto ao seu enfoque. Ela considera que após o ensino médio todos os cursos fazem parte da educação profissional, o que os diferencia é o nível de exigência das competências, carga horária e densidade do currículo. A partir dessa concepção, acredita-se que houve uma superação do caráter assistencialista e economicista vigente até o momento. Dentro desse contexto, a LDB passa a estabelecer, consolidada no Parecer CNE/CEB nº. 16/99, na Resolução CNE/CEB

nº. 04/99 e nos Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, como concepção orientadora o modelo das competências. Esse modelo considera as competências para a Educação Profissional, da seguinte forma: as básicas para o ensino fundamental e médio; as profissionais gerais comuns para os técnicos de cada área; as profissionais específicas para cada qualificação ou habilitação. As competências gerais garantem a polivalência do profissional, por sua vez as específicas definem a identidade do curso e estão descritas na Organização Curricular, inseridas nos blocos temáticos.

As diretrizes curriculares buscam uma formação que contextualize o indivíduo numa sociedade que está em constantes transformações e exige permanente renovação dos seus conhecimentos. A formação do TE é considerada a partir de uma perspectiva que valoriza além da experiência o conhecimento científico para sua atuação profissional. Esse novo cenário oferece oportunidades para que o TE realize as ações de cuidado embasado num referencial que amplia sua visão.

4 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta o caminho percorrido para coletar e analisar as informações deste estudo. São descritos o tipo e local da pesquisa, seus participantes, de que forma foram coletados e analisados os dados e, por último, apresentam-se as considerações éticas pertinentes à pesquisa.

4.1 Tipo de estudo

Esta é uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva. A escolha pela abordagem qualitativa vincula-se ao objetivo da pesquisa que envolve aspectos subjetivos sobre uma metodologia de trabalho de um grupo de trabalhadoras da área da saúde.

A pesquisa qualitativa se refere aos significados que as pessoas dão às suas experiências no mundo social e como entendem esse mundo. Dessa maneira, ela procura interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc.) em relação aos sentidos que lhe são atribuídos. Por essa razão, é entendida usualmente como pesquisa interpretativa (POPE; MAYS, 2005).

Do mesmo modo, Minayo (2004), descreve a pesquisa qualitativa como uma resposta às questões muito específicas que estão inseridas numa realidade que não podem ser quantificadas.

A pesquisa qualitativa compreende, também, o estudo do uso e a coleta de diversos materiais empíricos: estudo de caso; experiência pessoal; introspecção; história de vida; entrevista; textos e produções culturais, entre outros, que descrevem momentos rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos. Portanto, ela busca através de práticas interpretativas diversificadas o entendimento, sob diferentes perspectivas, do tema a ser trabalhado (MINAYO, 2001).

Os estudos exploratórios e descritivos, por sua vez, permitem que o pesquisador amplie seus conhecimentos sobre um problema específico e aprofundam a descrição de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1994)

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre por ser uma Instituição onde a SAE está consolidada como metodologia de trabalho pela equipe de enfermagem, desde a década de 1970.

O HC é uma Empresa Pública de Direito Privado, criada pela Lei 5604, de 2 de setembro de 1970, integrante da Rede de Hospitais Universitários, do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 1970).

Os setores escolhidos para essa pesquisa foram setores onde o TE realiza cuidados diretos a pacientes e implementa a SAE.

4.3 Participantes do estudo: critérios de seleção e características

Participaram do estudo técnicas de enfermagem de dois setores do HC. Os critérios de inclusão foram: técnicos de enfermagem que realizam cuidado direto a pacientes, estão vinculadas há no mínimo, um ano à instituição e não estão em período demissional.

A escolha de TE de dois setores específicos justificou-se na medida em que no HC, essa categoria profissional realiza suas atividades em áreas, consideradas de maior complexidade. Nos outros setores, a equipe de enfermagem é constituída por auxiliares de enfermagem.

4.4 Coleta das Informações

Esta seção apresenta a técnica de grupo focal que foi utilizada para este estudo, bem como, a forma como foram constituídos os grupos.

4.4.1 Os Grupos Focais

A coleta de informações foi realizada por meio da técnica de grupo focal, no mês de agosto de 2007. Essa técnica tem como objetivo obter informações, aprofundando a interação entre os participantes para gerar consenso ou explicitar divergências. É uma técnica que forma opiniões e atitudes na interação entre os indivíduos participantes. Aplica-se mediante um roteiro que vai do geral ao específico, em ambiente não diretivo, sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de todos e de cada um individualmente (MINAYO, 2004, 2001). Esta técnica fornece informações qualitativas e é utilizada em pesquisas que querem explorar experiências, opiniões, preocupações, sentimentos, percepções e preferências dos indivíduos (OLIVEIRA, 2001).

Conforme Wilkinson (2003), um projeto para realização de um grupo focal pode incluir um único grupo de participantes num único encontro, ou vários grupos em um único ou em repetidos encontros. O número de participantes varia entre quatro e oito integrantes. Eles podem fazer parte de grupos pré-existentes (membros de uma família, clube ou time), ou serem convidados especialmente para uma pesquisa, como representantes de uma população em particular ou por terem características e experiências em comum.

As sessões do grupo focal devem ser relaxantes, em ambiente confortável, e podem durar de uma a duas horas. Haverá um moderador, cuja função é coordenar as interações grupais e, dessa forma, criar um clima que encoraje os participantes a compartilhar seus pontos de vista (POPE; MAYS, 2005; VERONESE; OLIVEIRA, 2006).

A técnica do grupo focal deve seguir etapas no seu planejamento e organização. Na Fase I, realiza-se o convite aos participantes através de uma seleção a partir de critérios pré-estabelecidos, há o esclarecimento da natureza dos encontros, o estabelecimento de datas, horários, local de realização e tempo de duração. Elabora-se, também, um roteiro com questões abertas ou hipotéticas. Organiza-se o material necessário, como gravador, fitas, entre outros e prepara-se o espaço para os encontros. Na Fase II, quando se concretiza a reunião, o moderador deve manter a liderança do grupo, garantindo o envolvimento e a participação de todos. O observador ou auxiliar registra e observa a linguagem não verbal, tendo

também ao seu encargo as atividades práticas (troca de fita do gravador, por exemplo). Nessa fase, pode-se delinear um mapeamento dos participantes através de uma breve entrevista individual para coleta de informações pessoais que não deverão ser expostas ao grupo (idade, estado civil, escolaridade, etc.). Na Fase III, ocorre a transcrição das fitas e a compilação dos dados (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

A primeira sessão deve contemplar na sua abertura, uma recepção de boas-vindas, agradecimento pela participação, apresentação do(s) pesquisador (es) e informações sobre os objetivos e finalidades da pesquisa, assim como da técnica a ser empregada. Ocorre também a apresentação de cada um dos participantes, como forma de descontração, e lhes é fornecido um cartão ou crachá com o nome, em letras legíveis, em tamanho adequado para que possa ser lido por todos. Caso seja oportuno, podem ser distribuídos questionários aos participantes, antes do início dos debates, para a coleta de dados demográficos ou outras informações necessárias ao propósito do grupo focal. Posteriormente, são feitos esclarecimentos sobre a dinâmica das discussões. É o momento, então, de se estabelecer o *setting*, compreendido como as regras básicas de convivência, que consiste no compromisso de todos os envolvidos, incluindo o compromisso ético bilateral entre pesquisadores e pesquisados. Iniciam-se, então, a partir desse momento, os debates orientados pelo guia de temas. O moderador realiza a síntese dos momentos anteriores, pontuando as combinações acordadas para os próximos encontros e encerra a sessão agradecendo aos participantes. (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

Para este estudo, foi organizado um grupo de técnicos de enfermagem com representantes de dois setores do HC que seguiam os critérios de seleção que foram descritos no item 4.3. Foram realizados três encontros, uma vez por semana (quartas-feiras), às 14 horas, de duração de uma hora e trinta minutos, sendo que a saturação dos dados foi o critério utilizado para o encerramento da coleta (MORGAN, 1997; KRUEGER; CASEY, 2000; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A escolha do horário e dia da semana adaptou-se às preferências dos componentes do grupo, após preenchimento de questionário entregue no momento do convite para participação na pesquisa. No dia anterior ao encontro, a pesquisadora sempre entrava em contato via telefone com o participante, para confirmar sua presença.

O número de participantes foi fundamentado levando em conta o percentual de 20% de desistência, no que aponta Carlini-Cotrim (1996), que considera o ideal entre quatro e oito componentes. Dessa forma, foram convidados dez técnicos de enfermagem. Compareceram em todos os encontros sete técnicos de enfermagem. Desses técnicos, dois pertenciam a um setor específico enquanto os outros seis a outro, sendo que do total, três eram do turno da noite e os restantes do turno da manhã.

Os encontros ocorreram em uma sala de aula da Escola de Técnicos de Enfermagem do HC, pois se adequava aos aspectos relativos à capacidade acústica, luminosidade, ventilação e localização.

Uma agenda de temas foi organizada para condução dos grupos onde constava os tópicos que seriam trabalhados e as questões debatedoras do dia (APÊNDICE C). Essa agenda orientava as atividades, contudo era flexível a novas questões que pudessem surgir nos encontros.

As informações coletadas foram gravadas em MP3 Player (aparelho eletrônico capaz de armazenar e reproduzir arquivos de áudio do tipo mp3) (WIKIPÉDIA, 2007).

No primeiro encontro, após a recepção de boas vindas e agradecimento pela participação dos técnicos de enfermagem, foi aplicada uma técnica de apresentação. A pesquisadora estava acompanhada de uma estudante de enfermagem do 7º semestre do Centro Universitário Metodista – IPA que participava como auxiliar de pesquisa. Logo após, foram entregues aos participantes crachás de identificação.

Depois da apresentação de todos os membros do grupo, a pesquisadora expôs o processo de pesquisa e seus objetivos. Para atender às considerações éticas realizou-se a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A seguir, foram feitas combinações sobre as regras dos encontros. No intervalo das atividades, ofereceu-se um lanche. Em seguida, as participantes assistiram o fragmento de um filme em que havia o atendimento por uma equipe multiprofissional, de um paciente numa situação de cuidado. As cenas expostas dispararam questões a respeito do tema que iria ser trabalhado. Ao final do encontro realizava-se um fechamento das principais idéias discutidas.

Os encontros seguintes seguiram a mesma metodologia, variando as técnicas iniciais de integração, após realizava-se um intervalo com lanche e finalmente o

grupo focal com a discussão do tema do dia. Em todos os encontros, antes de iniciar a discussão, a pesquisadora realizava a leitura da síntese do último encontro, validando as informações coletadas.

Ao final de todos os encontros fornecia-se um cartão para lembrar a próxima reunião.

4.4.2 Constituição dos Grupos Focais

Os grupos focais foram constituídos a partir da autorização das Chefes de Serviço dos setores selecionados. A pesquisadora marcou uma entrevista com as mesmas para informar o motivo da pesquisa, objetivos e metodologia que seria empregada. Após a autorização das chefias de serviço, a pesquisadora entrou em contato com as chefias de unidade dos respectivos setores, agendando um encontro para, da mesma forma, explicar o processo da pesquisa.

O convite formal para participação dos técnicos de enfermagem na pesquisa ocorreu logo após a passagem de plantão dos turnos da manhã, tarde e noite dos respectivos setores. A pesquisadora compareceu nas unidades, identificou-se e apresentou a pesquisa e seus objetivos aos técnicos de enfermagem. Em seguida fez o convite com simultâneo preenchimento de uma ficha de identificação que incluía a preferência de horário para a realização dos encontros (APÊNDICE B)

Depois de ter sido feito o convite para os TE de todos os turnos (alguns estavam de férias ou licença saúde) organizou-se os horários de preferência para realização do grupo. A disponibilidade da maioria dos interessados era o início da tarde e o dia de preferência, quarta-feira.

Os três técnicos de enfermagem que não compareceram aos encontros justificaram suas ausências (um estava doente e dois precisaram trabalhar na mesma jornada dos encontros). As dificuldades que a pesquisadora encontrou para organização e realização dos grupos foram em relação à disponibilidade dos participantes. Formalmente, não havia nenhum vínculo entre os sujeitos da pesquisa e a pesquisadora. Todos participaram espontaneamente. Nesse sentido, ao convidar os TE, a pesquisadora enfatizou e valorizou o papel desse profissional e suas contribuições na equipe de enfermagem.

4.5 Análise das Informações

As informações obtidas nos grupos focais foram transcritas e submetidas ao método de análise de conteúdo do tipo temática. Para Bardin (2004), esse tipo de análise utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo manifesto das mensagens.

A mesma autora conceitua a análise de conteúdo como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens. (BARDIN, 2004, p. 37)

Para esta pesquisa a análise foi realizada conforme os critérios de Bardin (2004) que propõe as seguintes etapas cronológicas: pré-análise; exploração do material ou análise e interpretação. A pré-análise organiza as idéias iniciais e busca torná-las operacionais e sistemáticas; a análise corresponde às operações de codificação das informações obtidas e na etapa da interpretação, chega-se então, às unidades de significação dos conteúdos que constituem os temas propriamente ditos.

Todas as informações coletadas foram transcritas e digitadas no *software* Word for Windows 2003, em letra Arial, tamanho 12, espaçamento simples, arquivados com a extensão * *rtf* (*rich text format*) o que determinou a produção de 44 páginas.

Para facilitar a organização e análise das informações utilizou-se o *software* Qualitative Solutions Research Nvivo 2.0 (QSR). Esse *software* é empregado na análise de dados qualitativos nas áreas da saúde, ciências sociais e humanas. Ele auxilia na fragmentação dos dados que serão analisados (GUIZZO et al, 2003).

A pesquisadora estudou o programa previamente para empregá-lo na organização e codificação das informações coletadas.

A análise seguiu as etapas preconizadas por Bardin (2004). Após a transcrição das gravações, foi feita uma leitura exaustiva do conteúdo das entrevistas que foram inseridas no programa QSR Nvivo. A codificação foi feita por

falas dos participantes que correspondiam às unidades de significação, dando origem aos temas e subtemas.

O programa QSR Nvivo demanda que os dados sejam digitados com extensão * *rtf* (*rich text format*). A codificação ocorre ao serem criadas categorias (Nós) e subcategorias (Subnós) que determinam as unidades de significação de acordo com o tema que está sendo explorado (GUIZZO et al, 2003).

4.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-HC (ANEXO A) e registrado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, as participantes da pesquisa foram informadas sobre o objetivo da pesquisa e seu caráter voluntário. Antes da coleta de informações, cada participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo comitê de ética (Apêndice A). Além disso, foi esclarecido que as informações coletadas nos grupos focais seriam gravadas e mantidas pela pesquisadora em confidencialidade e anonimato por cinco anos e destruídas após esse período. Igualmente informou-se que elas seriam utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos e elaboração de artigo científico.

Para preservar o anonimato, os participantes da pesquisa são citados nas falas e discussões desta dissertação, por meio da sigla S relativa à palavra sujeito e numerados cronologicamente, ou seja, S1, S2, S3, S4, S5, S6 e S7 e os grupos focais foram enumerados como E1, E2 e E3 relativo ao primeiro, segundo e terceiro encontro respectivamente.

5 ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a caracterização dos sujeitos, as categorias e subcategorias definidas após a análise das informações, de acordo com os objetivos da pesquisa.

O grupo de técnicos de enfermagem constitui-se por mulheres com idade entre 34 e 52 anos o que confirma os achados de Lopes e Leal (2005), sobre o processo de feminização da enfermagem como fato histórico. Segundo as autoras, não é por acaso que a enfermagem e as enfermeiras são mulheres na sua maioria. Essa condição relaciona-se a uma concepção de trabalho feminino baseada em um sistema de qualidades, consideradas naturais, que ainda influenciam o recrutamento feminino da área.

Em relação à formação e à experiência profissional, todas as participantes estão vinculadas ao HC há mais de dez anos. Dessa maneira, pressupõe-se a existência de relações de trabalho consolidadas na instituição.

O nível de escolaridade das técnicas de enfermagem é superior e secundário (duas completaram o curso superior e uma não concluiu), as demais concluíram o curso secundário. É possível então, inferir que as técnicas de enfermagem com curso superior valorizam os atrativos que a instituição de trabalho oferece para essa profissão. Um aspecto relevante a ser apontado está vinculado à questão salarial, uma vez que é considerada diferenciada em relação a outras instituições de saúde, determinando até o momento, a preferência por uma ocupação de nível médio.

A seguir, apresento o quadro com as categorias e subcategorias definidas após a análise das informações do grupo focal.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS
A participação do técnico de enfermagem na SAE	<p>Concepção da SAE: “É o que a gente vai executar que está prescrito”.</p> <p>(Des) Valorização da SAE: “É uma rotina, é uma coisa quase igual para todos”. “A nossa prescrição é super atualizada”.</p>
As Competências na formação do técnico de enfermagem na SAE	<p>Competência Técnico-científica: Conhecimento teórico e experiência. “[...] trabalhei em UTI onze anos e se consegue fazer, tranquilamente, em pouco tempo, todos os processos, aspirar, ajudar o médico, mas já se tem o conhecimento, tu já está naquela área há um bom tempo”.</p> <p>Competência na relação interpessoal: “Privilégio de participar ativamente de qualquer decisão, nos registros, na prescrição”.</p>

Quadro 1 – Categorias e subcategorias temáticas

5.1 Participação do técnico de enfermagem na SAE

A primeira categoria formulada abrange duas subcategorias: Concepção da SAE e (Des) Valorização da SAE.

Na perspectiva das técnicas de enfermagem, para participar da SAE é preciso compreender e valorizar essa metodologia nos processos de trabalho. A análise das informações sugere que a participação do TE ainda é limitada, pois existem lacunas na sua formação inicial e ao longo da sua trajetória profissional sobre a concepção da SAE, dificultando seu entendimento e valorização.

Nas próximas seções, serão discutidas as questões que envolvem o entendimento das técnicas de enfermagem sobre esta metodologia e sua valorização.

5.1.1 Concepção da SAE:

“É o que a gente vai executar que está prescrito”.

No primeiro encontro do grupo focal, o tópico inicial da discussão esteve relacionado ao entendimento das técnicas de enfermagem sobre a SAE. A partir da compreensão desse conceito na perspectiva delas, buscou-se identificar sua forma de participação.

Para alguns dos sujeitos a SAE está vinculada à prescrição de enfermagem que equivale aos cuidados de enfermagem. Do mesmo modo é um guia e é o fazer manifestado nas rotinas de cuidado. As outras etapas da metodologia não foram explicitadas.

S1E1: São os cuidados ditados no computador, depois imprime, a gente tem a prescrição de enfermagem feita pela enfermeira. Entendo como isso. Está certo?

S2E1: Acho que é o que a gente vai executar que está prescrito.

S3E1: Eu já acho que engloba tudo o que vai ser prestado ao paciente, além das prescrições, coisas que formam a nossa rotina dia-a-dia nos cuidados com o paciente. Eu acho que abrange tudo, até a prescrição do enfermeiro.

S2E1: É espontâneo o que a gente faz, não precisa de prescrição.

S1E1: [...] *O que se houve falar, para mim, é na prescrição do enfermeiro e, depois, a gente vai complementando.*

Essa discussão demonstra que a definição da SAE é parcialmente entendida pelas participantes. Algumas delas destacam a prescrição de enfermagem, uma vez que representa a SAE. Por outro lado, S3 apresenta uma visão diferenciada ao referir que a SAE não é exclusivamente a prescrição de enfermagem, mas tudo que se proporciona ao paciente na rotina do cuidado. S2 expressa dúvidas, primeiramente menciona que a SAE são os cuidados de enfermagem realizados a partir da prescrição para em seguida relatar que ela (prescrição) é desnecessária, pois o que as técnicas de enfermagem realizam é espontâneo. Esse depoimento deprecia e banaliza o saber da equipe de enfermagem e a SAE, na medida em que considera que o planejamento do cuidado não requer esforço intelectual e suas ações são espontâneas.

Nesse sentido, Ferreira (2005), descreve duas lógicas no cotidiano das práticas de saúde. Para a autora, existem os aspectos relacional, afetivo e os aspectos técnicos. O primeiro implica no cuidado, interesse, engajamento, respeito e atenção, enquanto o segundo restringe-se aos aspectos formais e técnicos do tratamento dos indivíduos. O prestígio do saber científico está vinculado ao âmbito curativo ao passo que o cuidado está mais relacionado à simplicidade do saber empírico, como ilustra a fala de S2, considerando naturais as ações das técnicas de enfermagem. A mesma autora explicita que o trabalho em saúde depende do equilíbrio entre as variáveis dos aspectos técnicos, que ela denomina *to cure* e as do relacional, *to care*.

No que diz respeito à concepção da terminologia Processo de Enfermagem e SAE, os depoimentos elucidam seu significado. Conforme a literatura, existem diversas nomenclaturas para a SAE, o que de alguma forma pode ter colaborado para dificultar sua socialização e assimilação nos processos de trabalho da equipe de enfermagem (CARRARO; WESTPHALEN, 2001; KLETEMBERG, 2004).

Para S1 o processo de enfermagem e a SAE têm o mesmo significado e para S6 o processo de enfermagem é o trabalho na enfermagem, englobando todas as ações. Uma das técnicas faz uma relação singular e associa a sistematização da assistência de enfermagem com o momento em que no HC a prescrição passou a

ser informatizada. Nessas circunstâncias, é possível inferir que até então o processo de enfermagem não era reconhecido formalmente pela técnica de enfermagem.

S1E1: *Para mim é a mesma coisa.*

S6E1: *O processo não deixa de ser o trabalho na enfermagem.*

S5E1: *A Sistematização surgiu depois da informática. Acho que em 2000 que foi informatizado, onde tivemos que fazer um curso. Começou pela CTI.¹*

As discussões acima revelam que as técnicas de enfermagem têm algum entendimento sobre as diferentes nomenclaturas e as empregam como sinônimos. Em relação ao conhecimento do significado da SAE nos processos de trabalho, percebe-se existir ainda limitações, pois as participantes apresentam dificuldades para definir claramente o que é a SAE. A principal idéia associa-se aos cuidados de enfermagem prescritos pelo enfermeiro, exemplificados por S7.

S7E1: *Banho, controle dos sinais vitais, higiene oral, administração de medicamentos, curativos, mudança de decúbito, higiene e conforto.*

A partir das falas constata-se que existem equívocos sobre o tema, a SAE é reconhecida apenas como os cuidados de enfermagem e não como uma metodologia que engloba várias etapas interligadas, planejadas pelo enfermeiro com o auxílio de sua equipe. Como afirma Feijão *et al* (2006), a falta de capacitação específica sobre essa metodologia entre a equipe e seu pouco envolvimento são considerados pontos negativos para sua prática.

O entendimento, na perspectiva das participantes, de que a SAE é a prescrição de enfermagem implica em algumas questões. Ao mesmo tempo em que é descrita como um roteiro, um guia que orienta e *delimita* as ações de cuidado, também é percebida como um orientador *flexível*.

S1E1: *[...] Aquilo ali para mim (prescrição do enfermeiro) serve como um roteiro. Dou uma olhada ali, às vezes a gente esquece, mas é o roteiro. Teriam muitas coisas a mais que nós fazemos a serem prescritas. [...] são indicadores.*

¹ Centro de Tratamento Intensivo do HC

S5E1: *Mas a gente não se guia somente pela prescrição de enfermagem, porque têm coisas, que tu faz fora da prescrição. Aquilo ali é mais como um referencial.*

S3E1: *[...] eu sou muito de prescrição. Eu sou assim, a prescrição médica e prescrição de enfermagem, não vem me pedir que eu faça tal remédio sem prescrição, porque, às vezes, se for uma nebulização, eu até faço, porque eu detesto cobrança do que não está na prescrição. [...] eu sigo a prescrição [...] Não gosto que venham me cobrar coisas que não estão prescritas.*

Moderadora: *Então, nesse sentido, a sistematização ajuda vocês a se organizarem.*

S3E1: *Mas claro! Como é que nós vamos fazer tudo de tudo?*

S5E1: *Até é uma proteção, porque se não está prescrito, ela não pode nos cobrar.*

Na perspectiva como S3 descreve a prescrição de enfermagem, é possível inferir que em certas ocasiões o TE fica tolhido em suas ações em função de sua preocupação maior se voltar para uma possível punição, enquanto que o paciente, foco de atenção da SAE, passa para segundo plano. Na sua narrativa, a técnica de enfermagem revela executar somente o que está prescrito, pois as relações de troca (indagar e questionar a prescrição) com o enfermeiro, parecem não ser valorizadas.

Diversamente S5 apresenta um outro enfoque ao demonstrar existir um equívoco, pois do mesmo modo que diz ser a prescrição de enfermagem um referencial que não exclui outras ações, é dito que ela garante a proteção do TE porque determina ações específicas que estão fundamentadas no parecer do enfermeiro. Nesse sentido, em alguns momentos a SAE norteia o que deve ser realizado, complementando-se com o fazer espontâneo e noutros é um roteiro rigoroso.

A concepção que iguala a SAE e a prescrição de enfermagem reduz a participação do TE nas ações de cuidado, pois a partir dessa perspectiva, as outras etapas da SAE não são reconhecidas e valorizadas, impossibilitando sua intervenção.

A literatura descreve que a aplicação do processo de enfermagem proporciona o desenvolvimento do pensamento crítico necessário ao exercício da enfermagem. Além disso, o processo de enfermagem possui elementos próprios que fazem parte do cuidado de enfermagem e auxiliam a definir o que deve ser feito, porque deve ser feito, por quem; como, com o que e que resultados deverão ser

esperados com a execução da ação de enfermagem (para que deve ser feito) (ALFARO-LEFEVRE, 2005; GARCIA; NÓBREGA, 2005).

No relato de duas participantes é possível constatar que as técnicas de enfermagem não percebem que suas ações seguem uma metodologia que o enfermeiro recomenda de acordo com uma determinada situação de cuidado. O cuidado parece acontecer de forma automática sem reflexão, são rotinas que eventualmente podem estar incluídas na prescrição de enfermagem.

Num segundo momento, ao serem questionadas sobre como acontecia sua participação na SAE, a implementação da prescrição de enfermagem aparece como a forma de participação, reforçando os aspectos relacionados à sua *execução*. Diferentemente, S1 reage à mesma questão com um posicionamento que revela uma visão mais ampla, pois percebe que existem outras possibilidades de contribuição e participação, além do *fazer*.

S3E1: *Nós executamos.*

S1E1: *A gente informa o enfermeiro sobre alguma intercorrência ou alteração, porque nós damos o banho no paciente e ficamos, diretamente, mais tempo com ele. Então, a gente alimenta essa prescrição, nós executamos, mas também, alimentamos essa prescrição. Repassamos as informações do dia-a-dia.*

A resposta de S3 é categórica, demonstrando que o papel do técnico de enfermagem manifesta-se no fazer. Nessa perspectiva, o trabalho manual parece ter destaque em detrimento da dimensão intelectual de suas ações. O enfermeiro é percebido com um profissional que “recebe” as informações das técnicas de enfermagem sem que promova discussão e participação das mesmas nas diferentes etapas da SAE. Dessa maneira, o próprio enfermeiro apresenta a metodologia, valorizando os seus aspectos operacionais (prescrição de enfermagem).

Segundo pesquisa realizada por Peduzzi (2002) com auxiliares de enfermagem, o que caracteriza o saber dessa categoria profissional são precisamente os procedimentos de enfermagem que consistem a primeira forma organizada de saber da prática. As falas de algumas participantes do estudo apóiam

aspectos desses achados, pois valorizam a dimensão do saber relacionado à execução dos procedimentos.

O Parecer CNE/CEB nº. 16/99 descreve que a origem da educação profissional tem um enfoque assistencialista marcado pela divisão entre trabalho intelectual e manual. Até meados da década de setenta, do século XX, a formação profissional estava restrita ao treinamento de trabalhadores para realização de tarefas rotineiras e simples. Além disso, a legislação do exercício profissional da enfermagem até 1986 preconizava a divisão social entre o trabalho intelectual e o manual. O enfermeiro exercia as funções de chefia, liderança, e ensino enquanto o cuidado direto dos pacientes cabia na época, aos auxiliares de enfermagem (KLETEMBERG, 2004).

Nesse sentido, as falas dos sujeitos demonstram que ainda existem marcas da divisão entre quem planeja (realiza o trabalho intelectual) e quem faz (realiza o trabalho manual).

Analisando o contexto histórico, há apenas 20 anos que o Decreto nº. 94.406/87 regulamentou a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, sobre o exercício da Enfermagem (BRASIL, 1987). Desse modo é compreensível que ainda existam dificuldades no reconhecimento das atribuições dos membros da equipe de enfermagem e que perdurem processos de trabalho fragmentados.

Diversamente S1 ao considerar que além de executar ações, contribui com subsídios que atualizam a prescrição de enfermagem, demonstra reconhecer o valor do seu conhecimento intelectual para o planejamento das ações de cuidado. Esse aspecto mostra que seu papel não se restringe ao fazer, mas também com outras dimensões do conhecimento que se aplicam nos processos de trabalho. O enfermeiro então poderia apropriar-se dessa parceria para promover espaços de discussão do planejamento da SAE.

Cabe ressaltar que a legislação possibilita a atuação dos técnicos de enfermagem nas fases de planejamento e implementação da SAE. Contudo, sua colaboração é mais relevante na coleta de dados, quando comunicam ao enfermeiro as alterações observadas (RAMOS, 2007).

Como ficou evidenciado, na perspectiva de alguns sujeitos, a SAE é reconhecida como as ações desencadeadas pela prescrição de enfermagem. Desse modo, a participação das técnicas de enfermagem dá-se por meio do cumprimento do que é prescrito. O entendimento de que existem outras etapas que permitem sua

inclusão, não parece ser claro. O foco fica, então, direcionado para as ações prescritas. O cuidado surge aí, aparentemente descontextualizado de um processo de análise e crítica. Tal percepção pode contribuir com uma visão pontual sobre os processos de trabalho em que se perdem preciosas oportunidades de crescimento e renovação profissional. Essa perspectiva reducionista da implementação da SAE não é acompanhada por todas as técnicas de enfermagem. Existe também a concepção de que é possível participar de outras maneiras. A contribuição diária com informações sobre a evolução dos pacientes é um exemplo. A declaração de um sujeito de que a participação das técnicas de enfermagem não se restringe à execução de procedimentos corrobora uma perspectiva mais crítica e construtiva nos processos de trabalho.

5.1.2 (Des) Valorização da SAE:

“É uma rotina, é uma coisa quase igual para todos”.

“A nossa prescrição é mais atualizada, sim”.

A valorização da SAE é um fator importante que repercute na sua implementação e envolve essencialmente a equipe de enfermagem. Como foi apresentado anteriormente, muitos sujeitos associam a prescrição de enfermagem com a SAE. Nesse sentido, a participação das técnicas de enfermagem é entendida através das intervenções que realizam a partir das prescrições, quando, então seguem determinada lógica, estabelecem prioridades e atendem às necessidades dos pacientes. A seguir, serão discutidos aspectos que interferem tanto na projeção quanto na desvalorização da SAE, a partir da perspectiva das participantes.

Para alguns sujeitos da pesquisa, a prescrição de enfermagem em muitos momentos é interpretada meramente como uma rotina, aplicável de forma indiferenciada. Essa situação manifesta-se nos relatos a respeito da prescrição de ações de cuidado inadequadas à realidade do paciente. Cabe recordar que a prescrição de enfermagem está inserida no planejamento dos cuidados, sendo uma das etapas da SAE que define as prioridades, estabelece os resultados esperados e determina as intervenções (ALFARO-LEFEVRE, 2005). Igualmente, essa etapa é muito importante para orientar as ações de enfermagem, como forma de atender às necessidades de saúde do paciente, além de ser um guia para a documentação das anotações do enfermeiro. A prescrição de enfermagem deve apresentar informações

atualizadas ao direcionar as ações de cuidado. Atualmente, o emprego da informática possibilita maior facilidade e rapidez na sua elaboração. A tecnologia computacional é uma ferramenta que, se utilizada adequadamente, resulta na otimização da disponibilidade dos enfermeiros para atividades assistenciais, bem como para coordenar os processos que envolvem esta prestação de cuidado (SPERANDIO, 2002).

Na discussão abaixo, destaco os seguintes depoimentos:

S3E1: [...] É uma rotina, é uma coisa quase igual para todos.

S5E1: As prescrições dos pacientes são quase todas iguais, com exceção de alguns que estejam piores. Então, alguma coisa deveria ser mudada na prescrição.

Moderador: Fazer uma diferenciação?

S5E1: Isso. Focada àquele paciente.

S2E1: De repente, o paciente que interna era uma coisa, e depois, no decorrer, ele pode passar por uma intervenção cirúrgica. Então, o enfermeiro deve estar atento a essa mudança porque não adianta cuidar, ver sinais vitais, dar banho e daqui a um ou dois dias, ele foi fazer uma cirurgia e volta com dreno e com várias coisas. Então, essa prescrição deve ser mudada, tem que estar atento a essa mudança da prescrição, para ficar atualizada para nós. Ele vem de uma UTI, não tem condições de nada, não consegue se apoiar não tem equilíbrio, no nosso caso às vezes falta até uma perninha. Essa parte deveria ser mais atualizada.

S2 ressalta que sua assistência pode não atender plenamente às necessidades do paciente porque não está articulada com o planejamento das ações. A prescrição de enfermagem que não distingue as condições do paciente dificulta os processos de trabalho do técnico de enfermagem na medida em que orienta ações que se distanciam da realidade do paciente. No cotidiano do trabalho, ao planejar suas atividades, o técnico de enfermagem necessita de informações que contribuam com sua organização. Para ilustrar, S2 descreve uma circunstância onde a falta de informações a respeito de “drenos” que o paciente possui, impossibilita que haja um preparo antecipado de suas ações de cuidado. Dessa forma, a prescrição não auxilia sua organização. Nesse contexto, o mesmo sujeito resgata a importância da supervisão da enfermeira nas prescrições de enfermagem e conseqüentemente nos processos de trabalho de sua equipe. A fala também parece

revelar estar implícito um questionamento em relação aos aspectos gerenciais da enfermeira na implementação e atualização das prescrições de enfermagem.

Nessa perspectiva, convém elucidar que o enfermeiro gerencia o cuidado quando realiza seu planejamento, delega ou executa ações, prevê e provê recursos, capacita sua equipe, educa o usuário, interage com outros profissionais, ocupa espaços de articulação e negociação em nome da realização e de melhorias do cuidado. Para tanto, é preciso que ele leve em consideração o conteúdo subjetivo e sensível que permeia o mundo do cuidado nas diversas relações entre os sujeitos que participam dos processos de trabalho e que precisam ser reconhecidas para que os objetivos individuais, dos usuários e trabalhadores e da própria instituição sejam alcançados (ROSSI, 2003).

Corroborando a percepção das participantes desta pesquisa, um estudo realizado em um Hospital Escola de Belo Horizonte-MG com técnicos de enfermagem. Os achados desse estudo revelaram que eles consideram o plano de cuidados um guia que facilita e norteia a assistência de enfermagem nos aspectos relacionados à organização, segurança e qualidade da assistência. Porém, citaram que o plano de cuidados ainda se limita à transcrição da prescrição médica e não adiciona dados às informações requeridas para a prestação do cuidado (GUIMARÃES B. *et al*, 1999).

As circunstâncias expostas destacam o papel do profissional enfermeiro na consolidação da SAE, na medida em que ele pode contribuir com a sua valorização ou desvalorização. As técnicas de enfermagem deste estudo, ao relatarem aspectos da SAE que não são valorizados, denunciam a inadequada apropriação da metodologia e sua repercussão para equipe de enfermagem. Nessa perspectiva, o enfermeiro assume uma posição contraditória aos objetivos do seu instrumento de trabalho.

Nas falas a seguir as técnicas de enfermagem expressam suas opiniões a respeito da prescrição informatizada dos seus setores de trabalho.

S5E1: Acho que está faltando alguma coisa nas nossas prescrições, porque elas não são voltadas diretamente para aquele paciente. Elas (enfermeiras) vão para o computador e pegam aquelas rotinas. Acho que essa prescrição deveria ser feita depois de fazer o diagnóstico do paciente, depois de fazerem a primeira avaliação no paciente, aí então fazer a prescrição. Não sei como que aparece a prescrição na pasta do paciente, não entendo, porque, em seguida que o paciente interna, já aparece a prescrição na pasta. E a enfermeira foi lá, já fez

todos os procedimentos, já viu o paciente e a prescrição é igual para quase todos.

S7E1: A prescrição teria que ser revista todos os dias, porque é uma responsabilidade. Normalmente, elas exageram, e já aprazam, sem sequer, olhar os pacientes e, então, a prescrição fica pronta.

S5 E1: Fica tudo muito automático para nós.

Dois sujeitos têm opiniões distintas que se justificam pelo número de pacientes que são admitidos no seu setor. Destaco nos depoimentos a influência positiva do enfermeiro que é percebido como um agente que valoriza suas ações e interage com sua equipe. Nesse contexto, as relações de trabalho mostram-se mais equilibradas e construtivas. S1 verbaliza sua segurança na resolução dos conflitos e demonstra existir parceria com o enfermeiro.

S6E1: A nossa prescrição é mais atualizada, sim.

S1E1: Acho que até pelo número de pacientes. Elas (enfermeiras) fazem o exame físico até durante a noite. Se existe alguma coisa a ser alterada, elas vão lá e retiram. A nossa prescrição é super atualizada. Tem, é certo que tem, muitos itens repetidos. Às vezes, encontra-se o banho de assento em três, quatro vezes; os cuidados com cateter em cima, no meio e embaixo na prescrição. Existem muitas coisas repetidas, mas a prescrição é bem completa e vista diariamente. A gente trabalha com a enfermeira principal, então, até pelo número de pacientes ser menor, e o número de enfermeiras, maior.

S6E1: O trabalho é mais direcionado.

S1E1: Muito direcionado.

S6E1: Até com relação a técnicos e com enfermeiras.

Por sua vez, S5 volta a enfatizar que no seu setor é diferente.

Para nós, até a alta do paciente é a mesma prescrição (S5E1).

O dimensionamento inadequado de pessoal da equipe de enfermagem aparece como justificativa em muitos momentos, da realização de prescrições de enfermagem não direcionadas ao cuidado. Nesse sentido, cabe ressaltar que o HC

organiza seu quadro funcional, sustentado na Resolução do Cofen - nº 293/2004 que fixa e define parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde (COFEN, 2004). Essa resolução segue as orientações do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) que contempla a gravidade do paciente internado no cálculo de pessoal de enfermagem e determina seu grau de dependência em relação à mesma. A partir dessa avaliação estabelece o tempo empregado no cuidado direto e indireto para atender às suas necessidades. Contudo, o SCP apresenta parâmetros destinados à operacionalização do dimensionamento de pessoal de enfermagem que não são claros quanto às condições em que foram determinados, gerando dessa forma críticas e dificuldades para as chefias de enfermagem argumentarem sua aplicação. A falta de parâmetros bem definidos suscita controvérsias e possibilita a interferência de outros profissionais nessa temática quando, na realidade, a competência para o dimensionamento de recursos humanos em enfermagem deveria ser dos enfermeiros que atuam diretamente na assistência (FUGULIN, GAIDZINSKI, KURCGANT, 2005; ANTUNES, COSTA, 2003; TANOS, M.A.A. *et al.*, 2000; GAIDZINSKI, 1994; CAMPEDELLI, M.C. *et al.* 1987).

Dessa forma, é possível inferir que o quadro de pessoal de enfermagem do HC busca atender à maioria das demandas dos processos de trabalho apesar das participantes expressarem a existência de outros fatores que interferem e determinam a prática.

Em contrapartida, na discussão exposta anteriormente emergiu a partir da fala de S1, um método de organização de trabalho da equipe de enfermagem, *primary nursing*, que explicaria o sucesso e a valorização da SAE.

Nessa metodologia, uma enfermeira, a enfermeira principal, é responsável pela coordenação dos cuidados de enfermagem de um paciente e de sua família, sendo referência, na instituição para o acompanhamento do seu tratamento. Esse método proporciona uma enfermagem qualificada com cuidados individualizados, integrais e contínuos destinados a um paciente de forma humana e competente. A adoção do *primary nursing*, conforme o relato de experiência com enfermeiros do HC, auxilia na melhoria das relações interpessoais da equipe de enfermagem ao reforçar a confiança dos seus membros nos diversos turnos de trabalho (MAGALHÃES, AM; MACEDO, M; NASCIMENTO, M; TORRES, 2004).

A discussão das participantes, da mesma forma, exemplifica o reconhecimento da enfermeira principal como um elemento que norteia sua equipe e amplia a visibilidade das suas ações. Conseqüentemente, favorece a própria implementação da SAE.

Diante disso, penso que a valorização da SAE perpassa as práticas e convicções do enfermeiro frente a sua equipe. Concordo com o entendimento de Rossi e Silva (2005), ao abordarem o processo de trabalho em saúde. No caso específico da enfermagem, as autoras declaram que a prática apresenta, por parte do profissional enfermeiro, um não aproveitamento, das ricas oportunidades de melhorias, resolutividade, crescimento pessoal e profissional que ocorrem nos diversos encontros entre o usuário e a equipe e que constituem as relações cotidianas. Parece existir uma dificuldade, uma acomodação e uma certa passividade de determinados profissionais diante da necessidade de reciclar sua prática, de buscar novas tecnologias, novas formas de fazer e especialmente novas formas de ser no trabalho. As mesmas autoras entendem ainda que tal posicionamento provém da mescla de fatores que inclui a subjetividade dos profissionais; os resquícios históricos da profissão, caracterizada por práticas subalternas e também de questões organizacionais existentes nas instituições de saúde.

Trago essas questões para refletir sobre as dificuldades que as técnicas de enfermagem levantam a respeito da valorização da SAE. O enfermeiro representa o alicerce das práticas de sua equipe, podendo transformá-las ou reproduzi-las. A falta de atualização da prescrição de enfermagem, nessa perspectiva, ilustra um fazer desarticulado e descomprometido com sua equipe e principalmente com o paciente. O técnico de enfermagem inserido nesse contexto poderá reproduzir os mesmos valores atribuídos pelo enfermeiro na implementação da SAE, perpetuando processos de trabalho descontextualizados das necessidades dos indivíduos.

Em estudo realizado por Pivotto et al (2004), com enfermeiros de um hospital universitário, identificou-se os prováveis motivos da não realização da prescrição de enfermagem. Destacaram-se os seguintes aspectos: não ser valorizada pelos próprios enfermeiros, pela equipe de enfermagem, médicos e administração da instituição; falta de tempo dos enfermeiros para elaborar as prescrições de enfermagem, devido ao quadro insuficiente de funcionários; falta de prioridade dos enfermeiros para atividades exclusivas de sua competência e para assistência ao

paciente; envolvimento dos enfermeiros com questões burocráticas e resolução de problemas variados, que não são de sua competência; e, a prescrição de enfermagem não fazer parte da rotina institucional.

A situação descrita acima não pode ser considerada idêntica a do HC, onde a SAE está consolidada e faz parte das práticas institucionais. Contudo, reflete alguns aspectos que se manifestaram em relação à sua valorização. Os mesmos autores destacaram como desvantagens em não se adotar uma prática de enfermagem sistematizada, a desvalorização da profissão que colabora para sua estagnação. No seu entendimento, a equipe de enfermagem ao guiar suas ações fundamentalmente pela prescrição médica, torna aparentemente desnecessária a participação do enfermeiro nas tomadas de decisão.

Nessa perspectiva, é interessante refletir sobre a atuação das duas categorias profissionais envolvidas nas questões deste estudo: enfermeira(s) e técnicas de enfermagem. No primeiro caso, na medida em que realiza uma prescrição de enfermagem descontextualizada das necessidades do paciente, a enfermeira revela de forma implícita que sua avaliação é dispensável e suas ações não são um diferencial na equipe de enfermagem. Nesse cenário, ela reforça a invisibilidade de suas ações. As técnicas de enfermagem, por sua vez, podem fortalecer esse posicionamento, desconsiderando as orientações prescritas e atuando de forma isolada ou então, podem assumir uma atitude questionadora e reflexiva.

Nas falas seguintes aparece um posicionamento passivo e conivente das técnicas de enfermagem em relação à atuação da enfermeira na implementação da SAE, representada pelas prescrições desatualizadas. Parece estar implícito que o que está posto não pode ser modificado. A percepção das técnicas de enfermagem é que para a enfermeira importa o “fazer cumprir”, evidenciado nas conferências das prescrições de enfermagem.

S7E1: Acredito que é importante (SAE).

S5E1: Acho que a enfermeira deveria dar mais importância a esse processo. E, se ela valorizasse mais, automaticamente, nós também valorizaríamos, a gente teria mais interesse por isso, mas como é algo tão repetitivo, e não é cobrado...

S2E1: Ela não valoriza o trabalho dela. Ela se preocupa e cobra se as coisas estão checadadas.

S7E1: É cobrado no sentido se foi checado ou não, não se tu fez ou não fez.

Posteriormente, na tentativa de entender o destaque atribuído à “checagem” das prescrições, desconsiderando o propósito das ações de cuidado, uma técnica questiona a atitude das enfermeiras. De acordo com sua visão, as enfermeiras não prescreveriam orientações específicas, porque os conhecimentos que a equipe possui atendem às demandas dos processos de trabalho. Contudo S5 discorda e pontua que não existem critérios diferenciados para as prescrições por falta de comprometimento das enfermeiras. Na sua perspectiva, o próprio sistema informatizado estimula a padronização dos cuidados.

Cabe esclarecer que a prescrição de enfermagem informatizada do HC permite singularizar o cuidado prescrito por meio da digitação de um campo denominado complemento. No entanto, esse recurso é pouco utilizado pelos enfermeiros na prescrição diária.

Dessa maneira, poderia se questionar o que as técnicas de enfermagem estão aprendendo sobre a SAE a partir dessa perspectiva, quanto ao seu significado e valorização nas suas ações de cuidado. Na medida em que a enfermeira banaliza o seu instrumento de trabalho, torna-se mais difícil para as técnicas de enfermagem compreenderem o valor da SAE e transformarem esse contexto.

Na seqüência da discussão, outros sujeitos concordam com S5 e consideram automáticas as ações prescritas.

S3E1: Será que é porque elas (enfermeiras) conhecem a equipe que tem e sabem a capacidade de cada um, a maneira que cada um executa os cuidados?

S1E1: Porque a prescrição está no sistema, é só imprimir.

S5E1: Quando a prescrição era manual, era melhor, porque elas sabiam o que estavam escrevendo. Agora, simplesmente, apertam um botão e imprimem. E tu achas que elas vão ler tudo aquilo que saiu? Se era aquilo mesmo que queriam? A prescrição é igual para todos os pacientes, ou quase igual; muda pouca coisa.

S3E1: Na realidade, essa sistematização é geral, mas cada unidade tem suas características próprias. O ideal, no hospital, seria ser focado em cada unidade. Acho que deveria ser uma coisa mais direcionada para cada setor.

S7E1: No início, as enfermeiras tinham dúvidas para enquadrar os cuidados, onde incluir tal cuidado? Acho que é bem padrão.

Como afirma Garcia, Nóbrega, Carvalho (2004), a adoção do Processo de Enfermagem como modelo metodológico que orienta a prática profissional do enfermeiro assume as características de uma prática reflexiva. Durante sua execução, é preciso trazer, constantemente e interativamente, algumas questões fundamentais: O que está sendo observado nesta situação, e o que isso significa? Quais julgamentos estão sendo realizados e através de que critérios? O que está sendo proposto que seja feito, e por quê? Existem outras ações alternativas? A partir desses questionamentos o profissional reflete sobre os significados implícitos em suas ações, reações e combinações com seus pacientes. A prática reflexiva capacita o profissional a remodelar seus raciocínios, seus julgamentos e suas ações enquanto estão sendo realizados.

Portanto, a prescrição de enfermagem possibilita a reflexão e o pensamento crítico por meio do qual a equipe de enfermagem implementaria suas ações. Analisando os relatos descritos anteriormente, considero inquietante o pouco reconhecimento das suas práticas, por parte dos próprios profissionais da enfermagem, num contexto marcado pela valorização do conhecimento como forma de autonomia. O sistema informatizado facilita e agiliza a prescrição dos cuidados de enfermagem, mas é imprescindível o raciocínio clínico no levantamento dos diagnósticos de enfermagem e na escolha dos cuidados. Além disso, o enfermeiro pode utilizar o complemento disponível no sistema, que permite a digitação de texto livre para individualizar o cuidado do paciente.

Nesse cenário, outra questão foi levantada sobre a valorização da prescrição de enfermagem.

S4E1: A prescrição de enfermagem, por exemplo, às vezes é uma cópia e a prescrição médica, muitas vezes, muda, é de acordo com o estado do paciente.

S3E1: Eu acho que as duas são importantes e as duas têm que ser lidas. Mas, devido à correria, às vezes, não se lê tudo; e outra coisa, isso já vem de um tempo atrás. Aqui no Hospital de Clínicas, sempre existiu a prescrição de enfermagem, mas nós viemos do curso técnico onde, na época, não aprendemos. Então, isso já se tornou uma questão de costume, do pessoal ir se habituando.

S7E1: É a questão da valorização, porque não valorizam a prescrição da enfermeira. A prescrição do médico é valorizada. E existe todo um processo cultural, vem desde a época do curso, onde a prioridade era a prescrição médica, até porque não se tinha a prescrição de enfermagem.

Moderadora: *Vamos imaginar a prescrição médica, se vocês circularem algo que foi prescrito, o que acontece?*

S7E1: *É questionado.*

S5E1: *É cobrado. Tu tens que saber o que está fazendo. A prescrição do enfermeiro é tão automática e é algo que não é valorizada pela própria enfermeira.*

S4E1: *Se circula alguma coisa na prescrição médica é questionado, agora, se é circulado alguma coisa na prescrição de enfermagem, ninguém te cobra nada; eu sei porque circulei, mas ninguém vem me perguntar.*

Percebe-se que a própria equipe de enfermagem sustenta valores diferenciados para as ações de cuidado. O que está “circulado” na prescrição de enfermagem pode ser traduzido como algo que não foi realizado porque não tinha valor naquele momento ou porque não há mais necessidade. Nesse sentido, chama a atenção que não ocorre uma discussão entre a equipe. Ela não é informada explicitamente *por que* não foi feito o procedimento. Abdica-se de uma informação perante um grupo que não contesta. Diversamente, ao não se checar uma medicação prescrita, questiona-se abertamente o que aconteceu. Conforme os relatos, para garantir que os cuidados médicos sejam realizados a exigência da checagem é rigorosa, podendo haver algum tipo de punição, caso não tenha sido feita.

Destaco que não se questiona a importância da implementação da prescrição médica. O que pode ser examinado nos depoimentos das participantes são as dificuldades para perceber que pertence à equipe de enfermagem a valorização das suas ações. Nessa perspectiva, arrisco pontuar que o pouco entendimento das técnicas de enfermagem a respeito dessa metodologia dificulta sua valorização perante a equipe multiprofissional, na medida em que há insuficientes argumentos para justificá-la. Novamente o não reconhecimento da enfermeira quanto à importância do seu trabalho é relatado por algumas participantes, indicando a necessidade de reavaliar esses posicionamentos diante das metas relativas à SAE que o HC estabelece.

Uma das participantes relata uma experiência distinta sobre a valorização da prescrição de enfermagem.

S5E1: [...] acho que aqui, no Hospital de Clínicas, a prescrição de enfermagem é menos valorizada. Por que, em outro hospital que eu trabalhei, a prescrição do enfermeiro é bem mais valorizada?

S1E1: Porque é cobrada.

S5E1: Por que lá a gente tem que ler, reler e anotar. Porque, realmente, lá é cobrado. [...] trabalhei onze anos lá. E lá, a prescrição de enfermagem é valorizada, a cobrança é séria. Quando eu trabalhei lá, era manual e há muitos anos já existia a prescrição de enfermagem. Os curativos são prescritos e cobrados; têm que ler, que checar porque são cobrados. Aqui, a prescrição de enfermagem não é valorizada porque não é cobrada do paciente. O SUS é quem paga. [...] Mas lá, é cobrado porque é cobrado da parte administrativa, porque eles precisam cobrar do paciente. É um papel diferente.

Nessa situação, o emprego da prescrição como um documento de cobrança dos procedimentos realizados nos pacientes destaca para a equipe de enfermagem, sobretudo os aspectos administrativos na determinação do seu valor. A crítica que poderia ser feita é no sentido de alertar os cuidadores de enfermagem quanto ao risco de haver uma supervalorização desses aspectos em detrimento do significado da prescrição de ações de cuidado. Os depoimentos expõem a confiança das técnicas de enfermagem em relação à necessidade de valorizar a prescrição por meio da cobrança dos procedimentos, parecendo ser a única estratégia possível.

A mudança desse cenário não é tarefa fácil, mas penso que se vincula ao esclarecimento dos objetivos da SAE para equipe de enfermagem, resgatando sua repercussão positiva, no contexto do cuidado, seu valor e significado. Especificamente em relação à prescrição de enfermagem, sua projeção decorre de ações de cuidado que atendem às necessidades singulares do indivíduo, produzindo nos profissionais de enfermagem a percepção de que suas práticas indubitavelmente determinam resultados. O resgate da importância de existir uma lógica nos processos de trabalho pode contribuir com o entendimento, por parte da equipe de enfermagem, de que são os protagonistas da SAE. Desse modo, os depoimentos favoráveis animam e dão credibilidade a uma prática mais integradora onde a permuta de experiências aconteça envolvendo não só a equipe de enfermagem, mas também a equipe multidisciplinar.

Considerando o que foi discutido até o momento, é possível inferir que existem percepções diferentes na equipe de enfermagem sobre a importância da SAE nos seus processos de trabalho, que dificultam seu emprego. Um dos caminhos

para superar essas dificuldades poderia ser a recuperação ou até a revelação do seu significado no contexto do cuidado. Para tanto, a equipe de enfermagem necessita discutir e analisar sua participação com o objetivo de legitimar e valorizar sua prática.

5.2 Competências na formação do técnico de enfermagem na SAE

Para as técnicas de enfermagem desta pesquisa, as competências desenvolvidas na sua formação relacionadas com a implementação da SAE são definidas nas seguintes categorias: competência técnico-científica e competência na relação interpessoal.

A competência técnico-científica compreende o conhecimento teórico e a experiência profissional traduzida na habilidade técnica para realização dos procedimentos (o saber e o saber fazer); a competência interpessoal por sua vez inclui o trabalho em equipe e a comunicação (o saber conviver, o saber ser). A formação das competências é entendida neste estudo como um processo que se inicia no curso técnico de enfermagem e estende-se ao longo da trajetória profissional.

Na análise das informações, utilizou-se principalmente o conceito de competência de Perrenoud: “Uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles” (1999, p.7). Da mesma forma, contribuíram os conceitos das Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 1999a; 1999b) e de autores como Le Boterf (2003) e Rios (2003).

As categorias descritas reportam o referencial das Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 1999a; 1999b) cujo conceito de competência é entendido como a capacidade pessoal de articular os saberes (saber, saber fazer, saber ser e saber conviver) próprios das situações concretas de trabalho.

Conforme os depoimentos, as participantes apresentaram concepções que destacam na competência técnico-científica a experiência profissional (o saber fazer), reafirmando assim a influência histórica dos princípios da educação profissional na construção das competências do técnico de enfermagem que prioriza e dissocia o saber fazer em relação ao saber intelectual (KLETEMBERG, 2004). Da

mesma forma, esses achados coincidem com a pesquisa de Rabelo (2006) em que a concepção de competência de enfermeiras obstétricas está voltada mais para o saber-fazer, para a realização dos procedimentos ou de práticas assistenciais do que para as questões relativas à subjetividade do profissional, o saber-ser.

Nesse sentido, Rios (2003), esclarece que a competência é um conjunto de saberes e fazeres que constituem uma totalidade, sendo que a dimensão técnica adquire significado quando articulada com as demais dimensões da competência. A autora emprega a expressão *competência* e não *competências* para exprimir a idéia do todo.

Da mesma forma, Perrenoud (1999, 2001, 2004) menciona em relação às competências de uma profissão, que elas não se limitam ao domínio dos saberes, mas mobilizam *savoir-faire* (saber fazer) e principalmente esquemas de pensamento e ação cuja codificação nunca é completa. O indivíduo, diante de uma determinada situação, precisa mobilizar e relacionar, vários recursos cognitivos complementares entre os quais estão os conhecimentos.

No contexto das técnicas de enfermagem, sua formação e seus processos de trabalho na maioria das vezes, destacam práticas que não valorizam o conhecimento intelectual e sua articulação com os demais saberes. O saber fazer dessa forma, direciona suas atividades, sustentando a dissociação entre as diversas dimensões dos conhecimentos que compõem uma competência, sendo compreensível a ênfase da prática no exercício profissional.

As outras categorias por outro lado, resgatam a importância das questões pertinentes à relação dos indivíduos, contrapondo a valorização da competência técnico-científica. Nas discussões, chamou a atenção a ênfase atribuída às competências direcionadas à *equipe de trabalho*, sendo que os aspectos associados aos *pacientes* aparecem em segundo plano, apesar de serem o foco das competências relacionadas com a prática da SAE.

A seguir, serão analisadas as competências na sua formação que as participantes relacionam com a prática da SAE.

5.2.1 Competência Técnico-científica: conhecimento teórico e experiência

[...] trabalhei em UTI onze anos e se consegue fazer, tranquilamente, em pouco tempo, todos os processos, aspirar, ajudar o médico, mas já se tem o conhecimento, tu já está naquela área há um bom tempo.

Para as participantes, a competência técnico-científica relacionada com a implementação da SAE, é entendida como o domínio dos conhecimentos teóricos e práticos de enfermagem necessários ao atendimento das necessidades do paciente. Os conhecimentos teóricos incluem a abordagem sobre a SAE e os conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem pertinentes à patologia do paciente. Da mesma forma, compõe a competência técnico-científica as habilidades práticas adquiridas ao longo da experiência profissional exemplificadas no saber fazer.

Conforme seus relatos, no curso de formação de técnicos de enfermagem, a SAE não foi abordada e a ênfase do aprendizado direcionou-se para os cuidados de enfermagem. Na discussão a respeito do aprendizado da SAE, destaco as seguintes falas:

S7E2: [...] No curso técnico eu não vi isso. Em três anos e meio de curso técnico eu não vi isso.

S5E2: Eu também. Porque, naquela época, não havia isso.

S7E2: O que a gente via eram os cuidados de enfermagem.

S3E2: No curso técnico não tinha isso mesmo.

S6E2: Eu fui ver prescrição de enfermagem quando trabalhei na Santa Casa, em 1992, porque me formei em 1987 e não tinha conhecimento sobre isso. [...] Era tu enxergar e começar a fazer, nem explicavam o porquê das coisas.

S1E2: Para mim era uma rotina de lá e eu entrei.

S2E2: O curso técnico foi rápido, seis meses, mas o de auxiliar, não tinha a prescrição, mas tinha todos os cuidados de enfermagem, se treinou os cuidados de enfermagem, mas sem prescrição.

As participantes da pesquisa declaram que o contato com a metodologia ocorreu no cotidiano dos processos de trabalho, por meio de orientações desvinculadas de discussões ou problematizações a propósito de sua

implementação. Dessa maneira, é possível inferir que a lacuna existente em relação ao aprendizado da SAE, desde a formação inicial até a prática profissional, pode ter contribuído com dificuldades de implementação e com a supervalorização dos conhecimentos adquiridos na experiência profissional. Além disso, na medida em que as participantes têm como atribuição implementar a prescrição de enfermagem e desconhecem os demais significados e propósitos da SAE, realizar os cuidados prescritos torna-se o foco dos seus processos de trabalho. Conforme os relatos, o reconhecimento da prescrição de enfermagem como sendo a própria SAE foi aprendida no contato com as enfermeiras durante as experiências de formação oportunizadas pela prática.

Esse cenário exemplifica no contexto da formação das participantes, a provável dicotomia entre os conhecimentos teóricos e os da experiência profissional na construção das competências relacionadas à SAE.

Nessa perspectiva, Perrenoud (1999, 2000, 2001), explica a importância da teoria e da prática para a construção das competências profissionais. Conforme seu entendimento, tais competências não estão restritas à aplicação dos saberes teóricos. Desde a formação inicial deveria haver o desenvolvimento do *habitus* profissional, compreendido como um sistema de esquemas que permitem ao profissional a mobilização dos seus conhecimentos nas circunstâncias do cotidiano do trabalho. O esquema é a estrutura da ação, o esboço que não se modifica de uma situação singular para outra e é investido em situações análogas. A partir de experiências em laboratórios, simulações e diversos tipos de estágio, procura-se estreitar a relação do teórico e do prático, estimulando assim, práticas reflexivas que se estendem ao longo da formação profissional. Além disso, os esquemas desenvolvem-se e estabilizam-se a partir da prática, sustentando as ações e permitindo, por meio de pequenas acomodações, enfrentar diversas situações com estruturas semelhantes. O indivíduo ao longo de sua vida, constrói lentamente suas competências em função da frequência das situações que enfrenta. No contexto profissional, por sua vez, as competências são construídas num ritmo mais ágil em que os processos de trabalho reproduzem-se com maior assiduidade. A experiência promove dessa maneira, a construção das competências, na medida em que é inseparável da formação de esquemas.

Um estudo qualitativo de Shimizu *et al* (2007), cujo objetivo era analisar o processo de formação, com base no modelo de competências dos trabalhadores

egressos dos cursos do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem (PROFAE), evidenciou que no seu processo ensino-aprendizagem, estratégias como seminários, pesquisas, filmes e estágios são importantes para o desenvolvimento das competências. Contudo, os alunos egressos destacaram a dificuldade em aproximar a teoria e a prática para aquisição de competências no trabalho em saúde, sendo que a realização de aulas em laboratórios para execução de procedimentos básicos de enfermagem foi uma tentativa positiva de aproximação desses dois elementos formativos.

Nesse sentido, as técnicas de enfermagem relatam a ausência do desenvolvimento do *habitus* profissional na sua formação para auxiliar na construção de competências relacionadas com a implementação da SAE.

Nas discussões a seguir, evidencia-se que nessa circunstância a tendência das participantes é valorizar o conhecimento a respeito da patologia do paciente para subsidiar suas ações de cuidado e, dessa forma contribuir com a realização dos cuidados de enfermagem.

S5E2: Acho que, em primeiro lugar, ela (técnica de enfermagem) deve saber o diagnóstico do paciente, o que o paciente tem.

Moderadora: Então, seria o conhecimento sobre a patologia.

S5E2: Acho que se tu conhece a patologia, passa a entender. Muitas vezes, não se tem tempo para pegar a pasta dele e ver qual a patologia que tem.

Moderadora: Com a maioria acontece isso?

S1E2: Se o paciente está internado, eu concordo. Mas, muitas vezes, em uma emergência, durante o atendimento, não se sabe nem o porquê que a criatura está ali.

S7E2: Eu acho que tem que ter o conhecimento técnico, também, para, a partir daí, poder-se sugerir. Tem muitas coisas, que, desde quando entramos no curso, já se tornaram nulas, que já são outra situação. E se tu não tem claro isso, não tem como contribuir com a enfermeira.

S5E2: Eu trabalhei em UTI onze anos e se consegue fazer, tranquilamente, em pouco tempo, todos os processos, aspirar, ajudar o médico, mas já se tem o conhecimento, tu já está naquela área há um bom tempo.

S7E2: É que quando tu está numa UTI, tu é obrigado a ver a pasta do paciente para saber o que, realmente, ele tem, porque, tem pacientes que não se pode mexer na cabeceira; ter o máximo de cuidado com o PEEP da ventilação mecânica, que não pode desconectar e muitos que não podem ser mudados de decúbito. Então tu tem que ter um conhecimento enorme.

Os depoimentos revelam que o diagnóstico médico fornece informações consideradas necessárias para organização dos processos de trabalho das participantes. A SAE não é mencionada da mesma forma, apesar de ser uma metodologia que apresenta aspectos relevantes a respeito do paciente.

Ao explicar os benefícios do uso do PE, Alfaro-Levefre (2005) assinala que seu enfoque considera a resposta do indivíduo aos problemas médicos, aos planos de tratamento, e às alterações que ocorrem nas suas atividades cotidianas. O enfermeiro elabora suas intervenções para as singularidades do indivíduo expressas nas suas necessidades e não apenas para a doença.

As técnicas de enfermagem, desconhecendo os recursos oferecidos pela metodologia, identificam-se com o enfoque do tratamento da doença e buscam apoio nas informações médicas. A formação inicial fundamentada no aprendizado dos cuidados de enfermagem relacionados às patologias dos pacientes pode ter contribuído na valorização desse aspecto, além da prática junto à enfermeira.

Conforme Crossetti *et al* (1998), o processo de enfermagem organiza as ações de enfermagem com base no método científico, com o objetivo de identificar as necessidades humanas do paciente, a partir de um modelo de cuidado que busca avaliar os sinais e sintomas, fatores relacionados e a adequada terapêutica de enfermagem. As etapas operacionais do PE do HC incluem anamnese e exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição das intervenções e evolução de enfermagem. Em relação ao sistema informatizado de diagnóstico e prescrição de enfermagem, sua estrutura básica compreende cinco tabelas de dados com as necessidades humanas, sinais e sintomas, diagnósticos, etiologias e cuidados de enfermagem. Dessa maneira, a SAE poderia ser empregada para elucidar e complementar as informações pertinentes às ações das técnicas de enfermagem da mesma forma que o diagnóstico médico. A formação restrita quanto à metodologia sugere contribuir com o distanciamento dessa categoria profissional dos recursos apresentados pela SAE.

Além de conhecer a patologia do paciente as técnicas de enfermagem relatam a necessidade do conhecimento prático para realizar os procedimentos. O domínio dessa dimensão da competência é associado à experiência profissional. Em alguns momentos o saber fazer parece superar a teoria. A fala de S1 justifica ações

automatizadas numa situação de emergência e S5 declara que o conhecimento sobre a patologia colabora, mas não é determinante nas ações do cuidado. As participantes enfatizam e relacionam seus processos de trabalho à ação, sendo que parece não estar claro que a competência profissional manifesta-se na mobilização dos diversos conhecimentos. Como afirma Perrenoud (1999, p.7),

Para enfrentar uma situação da melhor maneira possível, deve-se via de regra, pôr em ação e em sinergia vários recursos cognitivos e complementares, entre os quais estão os conhecimentos. [...] Quase toda ação mobiliza alguns conhecimentos, algumas vezes elementares e esparsos, outras vezes complexos e organizados em redes.

Rios (2003) argumenta que a dimensão técnica da competência sustenta a ação do profissional mas seu significado é empobrecido ao ser desvinculado de outras dimensões. Na mesma perspectiva, Depresbiteris (2005), Tanguy (1997), colocam que o saber-fazer elucidada as técnicas, os procedimentos isto é, as estratégias que fazem parte das atividades do trabalho e o saber fundamenta o saber fazer a partir dos conhecimentos técnicos.

A valorização da competência técnico-científica expressa nos diálogos anteriores, destacando a dimensão do saber fazer, pode contribuir com a valorização da tarefa ao invés de estimular práticas mais reflexivas entre os componentes da equipe de enfermagem. Esse cenário reflete o que venho percebendo em minha experiência profissional, em que poucas equipes de enfermagem são estimuladas a problematizar suas práticas. A questão que poderia ser levantada relaciona-se à qualidade das ações de cuidado implementadas a partir de uma visão possivelmente fragmentada sobre a importância dos conhecimentos teóricos na prática do cuidado.

Nos depoimentos a propósito da utilização das outras etapas da SAE, as técnicas de enfermagem levantaram algumas dificuldades:

Moderadora: Vocês lêem a história do paciente, o histórico?

S5E3: Não dá tempo.

S2E3: Os nossos pacientes já não têm mais esse histórico, porque ficam lá no primeiro prontuário e são vários.

Moderadora: E a nota de admissão?

S2E3: Até tem, mas é tudo bem curtinho.

Moderadora: Então, normalmente, na prática de vocês, a sistematização é a prescrição. O diagnóstico de enfermagem vocês utilizam?

S5E3: Às vezes. O diagnóstico médico tu não entende a letra. Eu já tentei várias vezes e não consigo entender.

S3E3: Tem uma coisa que eu acho bem importante é a evolução da enfermagem. A única forma que a gente tem de proteção, não só o enfermeiro, mas todo o grupo, é a evolução da enfermeira.

As falas expressam a noção de que a SAE é um documento por meio do qual informações relacionadas aos pacientes e aos processos de trabalho da equipe de enfermagem são registradas. S3 ressalta a importância da evolução de enfermagem para a equipe, no entanto, não são mencionados os aspectos relacionados às condições do paciente, como se a equipe de enfermagem fosse o foco do cuidado. As participantes citam dificuldades para acessar regularmente os dados do prontuário, pois algumas etapas da SAE estão indisponíveis para consulta imediata e outras fornecem informações incompletas. Além disso, as técnicas de enfermagem relatam pouca disponibilidade de tempo para explorar a SAE, o que de alguma forma poderia estimular a complementação de dados a partir das informações verbais dos demais profissionais de saúde. É possível inferir que a consulta no prontuário das diferentes etapas da SAE não é uma prática regular das participantes devido à falta de entendimento da metodologia e da valorização do conhecimento prático na sua realidade profissional.

Em relação a deficiências nos registros da SAE, Corbellini (2007) afirma em entrevista sobre a metodologia, que a falta dos registros de dados, mantém a invisibilidade das ações de cuidado da equipe de enfermagem e impossibilita compartilhá-las com os demais componentes da equipe de saúde.

Nesse cenário, onde se percebem lacunas no aprendizado da SAE, ao longo da experiência profissional, surgiram sugestões para aproximar a formação inicial da prática profissional.

S7E3: Eu imagino que, nos cursos de agora, exista uma matéria sobre isso, sobre o processo. Porque nós estamos tão acostumadas, que de repente, em outros hospitais nem exista a sistematização, mas como nós estamos tão acostumadas aqui, sempre com isso; eu acredito que agora deva existir uma aula sobre a sistematização.

S5E3: [...] eu acho importante que estivesse incluído uma cadeira no técnico de enfermagem sobre essa parte, acho que seria

importantíssimo. Porque, realmente, a minha filha dá aula para o curso técnico e não tem nada sobre isso. Como ela acha esse processo importante, ela está introduzindo alguma coisa.

S5E3: Mas hoje, os técnicos estão se formando e precisam saber que existe isso tudo, porque nós fomos ver depois.

Moderadora: Vocês aprenderam na prática?

S5E3: Sim. O bom seria que eles entrassem sabendo que existe.

Os diálogos apontam a necessidade da capacitação das técnicas de enfermagem em relação à SAE, desde sua formação inicial e ao longo da sua trajetória profissional para promover seu entendimento e implementação. Projetos de educação em serviço em que a equipe de enfermagem organizasse discussões e debates sobre o tema poderiam desenvolver, consolidar e aprimorar a SAE.

Segundo estudo de Ramos (2007), com auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital escola do interior paulista, os cursos para formação de técnicos de enfermagem não abordam a SAE como metodologia nas ações de cuidado. Para preencher essa lacuna, as instituições de saúde que empregam essa metodologia, têm se responsabilizado em oferecer as capacitações para a equipe de enfermagem.

O HC apresenta uma realidade diferenciada e contraditória ao estudo de Ramos, pois sua Escola de Técnicos de Enfermagem adota em sua estrutura curricular o ensino da SAE. A formação desses profissionais pode contribuir com sua implementação e divulgação nas diferentes instituições em que forem trabalhar pois são preparados para aplicação da metodologia.

Além da formação inicial, considerada um alicerce para a prática profissional, as participantes percebem e citam a importância da aprendizagem no transcorrer do cotidiano do trabalho, para formação das suas competências. No terceiro encontro, elas expressam suas idéias.

S4E3: No dia-a-dia tu aprende mais e não esquece. Sempre tu aprende alguma coisa. Lá (no curso técnico) tu aprende a teoria e tu vai para o trabalho e tem um estudo de caso diferente, manejo diferente. Às vezes não se consegue fazer tudo em função do número de pacientes.

S4E3: Com certeza, continuo aprendendo. Todos os dias se aprende alguma coisa a mais.

S7E3: Eu acho que é permanente. Eu vejo até a questão das técnicas, que se tu for ver, lá no tempo do curso técnico que nós fizemos, o quanto mudou a questão da medicação, mudou muita coisa. Então, acho que o profissional tem que estar aberto a essas

mudanças, se adaptando com a realidade porque as coisas vão continuar mudando, evoluindo.

S5E3: E acho importante também os cursos que são dados aqui no hospital, a gente aprende bastante com isso. Quanto mais cursos nós fizermos, quanto mais cursos forem oferecidos e nós tivermos oportunidade de fazer, melhor para nós, porque, em cada curso tu aprende um pouquinho.

Moderadora: Pensando nos cursos, vocês acham isso importante?

S4E3: Muito. A gente tem que estar sempre se atualizando. Acho muito importante, a gente tem a chance de fazer vários cursos, na verdade é um privilégio.

Os diálogos expostos ratificam que as técnicas de enfermagem valorizam uma forma de educação pontual (cursos) que pode ser definida como educação continuada. Conforme é apresentada na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004), a educação continuada, dimensiona as transformações das práticas do cotidiano do trabalho ao domínio do conhecimento técnico. Nas falas seguintes, percebe-se que de fato, duas participantes desconhecem outras formas de educação e que elas gostariam de estar permanentemente atualizando-se.

S3E3: Até porque o curso técnico, depois que tu conclui ele, acaba o curso, tu faz o estágio e depois vai trabalhar. Hoje em dia, sempre tem alguma coisa diferente, mas na nossa época não existiam cursos de especialização. Na nossa época se fazia o curso técnico para trabalhar no hospital, hoje tu podes escolher um setor e trabalhar ali, como no centro de material. Essa coisa no mercado exige que a gente esteja sempre se atualizando, assim como o enfermeiro precisa estar sempre aprendendo novas coisas e nós não. Então, esses cursos que o hospital oferece é uma maneira de aprendermos várias coisas novas [...] nós não temos como fazer uma especialização em, por exemplo, oncologia, entende?

Moderadora: Tu queres dizer que não tem oferta?

S3E3: Não existe essa oferta, é isso que eu quero dizer. O que existe para a enfermagem de especialização seria para o nível superior. [...] Se não fossem os cursos daqui do hospital, porque em outros hospitais não deve nem existir, então, se não fosse isso, a gente ficaria parado no tempo, porque as técnicas todo mundo sabe, muita coisa muda, como por exemplo, a medicação. Nós estamos num setor em que as coisas mudam, praticamente, todos os dias.

S5E3: A gente que tem que procurar aprender sobre os assuntos que nos interessarem, através desses cursos que o hospital oferece, porque especialização, mestrado, doutorado, para nós não existe.

Nesses depoimentos, manifesta-se de forma clara que no universo das técnicas de enfermagem a atualização dos conhecimentos restringe-se a eventuais cursos na comunidade e na instituição de trabalho. As possibilidades de desenvolvimento em relação a sua carreira profissional são limitadas. Discussões sobre os processos de trabalho da equipe de enfermagem e multidisciplinar com a finalidade de realizar avanços não são mencionadas. O enfoque das atualizações é o conhecimento técnico.

Nessa perspectiva, os relatos das participantes evidenciam que a formação inicial não consegue atender às diversas demandas dos processos de trabalho o que traz à tona a proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Conforme sua concepção, a PNEPS é uma estratégia que visa a contribuir na transformação e qualificação das práticas de saúde, na organização das ações e dos serviços de saúde, nos processos formativos e nas práticas pedagógicas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. O enfoque são as dificuldades cotidianas das práticas das equipes de saúde não só nos aspectos técnicos, mas também sociais. Para alcançar esses objetivos utilizam-se pedagogias problematizadoras, geralmente através de supervisão dialogada, oficinas de trabalho que prioritariamente são realizadas no próprio ambiente de trabalho. Para a educação permanente, existem diversos fatores que determinam as práticas dos indivíduos, entre eles, o conhecimento, os valores, as relações de poder e a organização do trabalho. Nesse sentido, o objetivo da educação permanente é a transformação das práticas das equipes multiprofissionais em todas as esferas do sistema, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho. Esse processo de análise coletiva busca identificar as dificuldades (nós críticos) na atenção ou na gestão. Tal proposição possibilita a construção de estratégias que vão ao encontro das políticas gerais e dos diferentes contextos que estão inseridos os indivíduos (BRASIL, 2004, 2005).

Um aspecto que considero relevante destacar relaciona-se à metodologia que as técnicas de enfermagem acreditam ser eficiente para a atualização dos seus conhecimentos. O treinamento e a educação continuada aparecem como resposta às suas necessidades.

S2E3: [...] Desde o início a gente entendia que câncer é câncer, leucemia é leucemia e acabou. Porém, em um desses cursos, um

médico explicou como se originavam os cânceres, uma coisa muito bem explicada mesmo. Foi muito bom e super interessante, porque, às vezes, a gente está ajudando no tratamento da doença, mas não sabe como ela se originou.

Moderadora: *E os setores de vocês proporcionam cursos?*

S3E3: *Antes até tinha um trabalho, mas agora não. E eu sinto falta porque a nossa unidade tem muita coisa a contribuir para o Brasil, porque é referência. [...] Agora, depois de vários anos, vai ter um segundo encontro. [...]*

S1E3: *Eu acredito muito no treinamento. De vez em quando, tem a chamada parada cárdio-respiratória nos bonecos. A gente sabe que se não existir um treinamento de ano em ano, a gente acaba esquecendo, porque isso não faz parte do nosso dia-a-dia. Eu acredito no treinamento e esse da PCR (parada cárdio-respiratória) é modelo. E acredito também e aposto muito na educação continuada, que aí se pode, somente um grupo, sem os bonecos, tu pode conversar, trazer algum desconforto, alguma dúvida, alguma idéia. E isso o hospital promove bastante, treinamento e educação continuada, para técnicos, médicos. [...] O treinamento seria aquela coisa de se treinar, como, por exemplo, pegar o boneco e massagear e a educação continuada seriam os grupos de encontro para falar da úlcera de pressão, dos curativos.[...] Em todo o hospital acontece treinamento e educação continuada.*

A distinção feita por S1 entre treinamento e educação continuada relaciona o primeiro conceito com a prática do laboratório, o fazer e o segundo com uma discussão, um encontro. A valorização do treinamento exemplifica alguns conceitos abordados por Perrenoud a respeito da construção das competências. O autor explica que o indivíduo ao enfrentar uma situação complexa constrói esquemas consolidados na prática, “ao sabor de um treinamento, de experiências renovadas, ao mesmo tempo redundantes e estruturantes, treinamento esse tanto mais eficaz quando associado a uma postura reflexiva” (PERRENOUD, 1999, p. 10). É possível inferir que para S1, no treinamento, implementa-se a prática, enquanto que na educação continuada há a possibilidade da discussão dos conteúdos teóricos. Dessa maneira, a metodologia descrita por S1 parece perpetuar a dissociação entre teoria e prática.

Os relatos atribuem grande valor aos cursos que as técnicas de enfermagem realizam, pois possibilitam a renovação dos seus conhecimentos. Da mesma forma, as participantes demonstram estar satisfeitas em relação à metodologia empregada no HC para sua capacitação.

Frente às discussões realizadas, percebo que as técnicas de enfermagem têm um ávido desejo de reciclarem seus conhecimentos e que muitos temas relacionados aos processos de trabalho, entre eles a SAE mereceriam discussões. No contexto das participantes, as formas de atualização dos conhecimentos são restritas, sendo que dessa maneira é possível inferir que as metodologias utilizadas até o momento, atendem suas expectativas. A formação inicial predomina e sustenta na maioria das vezes, seus processos de trabalho, mas as técnicas de enfermagem percebem ser necessário buscar alternativas para atualização dos seus conhecimentos na medida em que estão inseridas num contexto do cuidado dinâmico e complexo.

Atualmente, na Escola de Técnicos de Enfermagem do HC, implemento juntamente com a Direção, pedagoga e o grupo de docentes, um projeto de educação em serviço fundamentado nos princípios da educação permanente.

Entre as finalidades do projeto estão a reflexão e a análise coletiva dos processos de trabalho da enfermagem e o planejamento de ações educativas para promover melhorias na formação dos profissionais por meio de encontros da equipe, durante o turno de trabalho, denominados “Rodadas de Conversa”. Nesses encontros, diferentes temas relacionados aos processos de trabalho da equipe são analisados no coletivo para serem identificados os nós críticos enfrentados na atenção ou gestão. A partir dessa análise torna-se possível a construção pelo grupo de estratégias contextualizadas que promovem a comunicação entre as políticas gerais e a singularidade dos indivíduos e dos ambientes de trabalho (BRASIL, 2004).

A experiência descrita tem demonstrado que mudanças nos processos de formação são possíveis de acontecer e enriquecem as práticas profissionais. A equipe de enfermagem ao refletir sua realidade no seu próprio ambiente parece estabelecer vínculos mais estreitos com seus processos de trabalho.

Ao fazer um paralelo entre a experiência do HC e os depoimentos das técnicas de enfermagem desta pesquisa, constato semelhanças a respeito da necessidade da realização de encontros para refletir a SAE na equipe de enfermagem, considerando principalmente a forma como ocorreu o seu aprendizado. Na perspectiva das técnicas de enfermagem, a aquisição da competência técnico-científica está relacionada à implementação da SAE, contudo ainda parece predominar o caráter assistencialista da educação profissional, valorizando a prática em detrimento do conhecimento intelectual.

Em relação ao desafio de incorporar a noção de competência nos processos de formação Marques (2002), elucida que a construção do conhecimento não deveria estar restrita a um enfoque operacional, instrumental ou da execução de tarefas, mas também vinculada à compreensão do conjunto de conhecimentos que formam a competência como os de caráter sociocultural e técnico – científico, entre outros.

5.2.2 Competência na relação interpessoal:

“Privilégio de participar ativamente de qualquer decisão, nos registros, na prescrição”.

A competência na relação interpessoal foi considerada outra concepção importante para a implementação da SAE. As participantes mencionam tanto os aspectos relacionados ao paciente quanto à equipe de saúde e destacam a interação na equipe de enfermagem, interferindo na prática da SAE. No seu entendimento, o trabalho em equipe representa a competência na relação interpessoal e compreende elementos como a liderança e a comunicação. A construção dessa competência na formação das técnicas de enfermagem facilita a interação com a equipe de saúde e com o paciente e pode determinar ações de cuidado mais resolutivas.

Na área da saúde, a competência interpessoal constitui-se na relação com o outro por meio de um conjunto de aptidões e atitudes que tornam o indivíduo capaz de estabelecer relações autênticas. Desse modo, cria-se um ambiente de grupo onde as relações de trabalho podem evoluir de formais, estereotipadas e artificiais para funcionais, espontâneas e criativas. Além disso, a competência interpessoal identifica, mobiliza e põe em ação os conhecimentos científicos relacionados naquele momento, àquela situação, estando sujeita a variações do contexto, muitas vezes a partir da experiência de vida do indivíduo (FERNANDES *et al*, 2003; MUNARI & BEZERRA, 2004).

Nessa perspectiva, para duas participantes, a implementação da SAE é determinada por uma equipe em que há interação e são discutidas e ouvidas as sugestões dos seus componentes. S1 menciona a satisfação em fazer parte de um

grupo onde o planejamento dos cuidados é discutido pelos cuidadores e o trabalho em equipe acontece. Da mesma forma, S2 manifesta-se, aprovando e reforçando essas idéias.

S1E1: Olha, até fico meio sem graça em falar, mas no meu setor, a gente tem esse privilégio de participar ativamente de qualquer decisão, nos registros, na prescrição. É tudo muito conversado, com participação, até pelo número de pacientes. [...] A equipe, ali, funciona mesmo.

S2E1: A gente sabe de todos os pacientes, na passagem do plantão.

O relato demonstra que a interação na equipe de enfermagem é exequível e promove a prática da SAE. Além disso, ilustra a definição de Peduzzi e Ciampone (1999), a respeito do trabalho em equipe. Para as autoras, o trabalho em equipe é uma modalidade de trabalho coletivo que se contrapõe ao modo independente e isolado com que os profissionais da área da saúde habitualmente executam suas atividades cotidianas.

Conforme as falas das participantes, a relação interpessoal pode interferir na implementação da SAE. Ao mencionar a participação na prescrição de enfermagem, nos registros e nas decisões do grupo, S1 mostra os benefícios da interação para as ações de cuidado. Alfaro-Lefevre (2005), descreve nesse sentido, que na elaboração da etapa de implementação do processo de enfermagem, o enfermeiro reflete sobre as respostas iniciais dos pacientes às suas ações, monitorando e realizando as mudanças necessárias o mais precocemente possível. No contexto brasileiro, os técnicos de enfermagem participam dessa etapa, executando a prescrição de enfermagem e contribuindo com informações sobre a evolução do paciente. A interação dessas duas categorias profissionais mobiliza a competência interpessoal e promove, entre outros aspectos, a inter-relação das diferentes etapas da SAE.

Dessa forma, as falas de S1 e S2 evidenciam que a equipe de enfermagem pode implementar a SAE a partir de uma perspectiva que Peduzzi (1999, 2001), define como a equipe integração. Para a autora existem duas noções distintas que perpassam a idéia de equipe: como agrupamento de agentes e como integração de trabalhos. A primeira é caracterizada pela fragmentação, em que ocorrem a

sobreposição das ações e o agrupamento dos agentes e a segunda, pela articulação das ações e a interação dos agentes no sentido da prática comunicativa.

Partindo dessa análise é possível inferir que existe no grupo de trabalho de S1 e S2 processos de comunicação e liderança eficientes. A literatura descreve a comunicação como elemento fundamental para a coordenação das atividades em grupo e para a concretização do processo de liderança, sendo a liderança e a comunicação estratégias fundamentais para a prática profissional do enfermeiro. (CORNIANI, F *et al.* 2000; TREVISAN *et al.*, 1998).

Nesse sentido, apesar de não estar explícito, as técnicas de enfermagem ao perceberem sua participação na tomada de decisões, estão valorizando o papel de liderança da enfermeira da sua equipe, pois compete a esse profissional estabelecer os vínculos necessários para o cuidado. Corrobora a lei do exercício profissional ao definir que cabe ao enfermeiro privativamente, o planejamento, a organização, a coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem (BRASIL, 1986).

Por outro lado, as demais técnicas de enfermagem descrevem dificuldades para realizar o trabalho em equipe pela falta de articulação das ações de cuidado. Na discussão a seguir, elas comentam que existe pouca interação na equipe multidisciplinar apesar de serem feitas discussões dos casos (rounds) em que há a participação de vários profissionais. Elas próprias manifestam interesse em tomar parte das discussões, mas alegam problemas em relação ao tempo disponível para essa atividade.

S2E1: *Existe essa interação entre a equipe em alguns procedimentos, não é sempre. [...] com o médico, a enfermeira, mas são em alguns procedimentos, não em todos.*

S3E1: *[...] No caso, eles têm o round todas as quintas-feiras em uma sala separada.*

Moderadora: *Vocês participam?*

S3E1: *Não. Quem participa é a enfermeira, a recreacionista, a nutricionista, o serviço de psicologia. Lá, realmente, nessa reunião, é falado de todos os pacientes que estão ali e o que eles pretendem fazer, e nós, temos que ficar “pescando”.*

Moderadora: *Vocês gostariam de participar?*

S3E1: *Com certeza, eu não me importaria, se eu pudesse; por que, também, quem iria cuidar dos meus pacientes enquanto eu fosse*

numa sala à parte? Não tem problema da gente ir, mas é que não tem tempo.

S5E1: Só que, na maioria das vezes, tu tens outros pacientes e não tem tempo de ficar ali.

As discussões evidenciam, como relatam alguns autores, características dos processos de trabalho na área da saúde. As ações envolvem distintas categorias profissionais, atuando de acordo com seus saberes específicos, para satisfazer as necessidades de saúde tanto individuais quanto coletivas. Nessa perspectiva, ele é identificado como um trabalho coletivo (COLOMÉ, DIAS, 2006; LEOPARDI, 1999; PIRES, 2000a).

Apesar dessa concepção, e de aparecer nas falas circunstâncias onde diferentes profissionais têm oportunidade de trocar idéias e informações a respeito dos pacientes, S3 exprime um sentimento de exclusão ao relatar que as técnicas de enfermagem têm que “ficar pescando” as informações. Da mesma forma outras participantes apontam falhas no processo de comunicação.

A manifestação de dificuldades na comunicação da equipe de enfermagem pode determinar práticas fragmentadas da SAE. Nesse aspecto, Garcia e Nóbrega (2000), apontam que o processo de enfermagem é um processo social intencional mediado pela linguagem (verbal e não-verbal) e influenciado pelo tipo e qualidade das interações estabelecidas entre a equipe de enfermagem e o cliente ². O entendimento do processo de enfermagem como um processo social implica em entendê-lo da mesma forma como um processo de interação comunicativa. Portanto, a comunicação assume um papel essencial no relacionamento da equipe de enfermagem e o cliente.

Outra circunstância em que se evidencia a influência do processo de comunicação, na promoção do trabalho em equipe, é durante a passagem de plantão da equipe de enfermagem. Nessa ocasião, o paciente é apresentado por meio da leitura do prontuário, aos componentes do grupo assim como, apresentam-se as prescrições de enfermagem e médica. A passagem de plantão não é a única forma da equipe de enfermagem inteirar-se dos pacientes, contudo, auxilia na organização dos processos de trabalho e traz subsídios para o enfermeiro avaliar a implementação do plano de cuidados. Na visão de Keretzky *et al.* citadas por Magalhães *et al.* (1997), a passagem de plantão além de representar a ocasião onde

² Termo utilizado pelas autoras para designar paciente ou usuário.

a equipe de enfermagem realiza troca de informações em relação ao plano de cuidados do paciente e aos processos de trabalho, pode representar um espaço para práticas educativas.

Cabe, nesse sentido, elucidar que na perspectiva das atribuições do enfermeiro, Xavier (1987), citado por Corniani et al (2000), explica que as ações deste profissional podem ser de natureza assistencial, administrativa e pedagógica. As ações assistenciais são direcionadas para o tratamento médico prescrito e atividades específicas dos cuidados de enfermagem; as ações administrativas são voltadas para organização do trabalho da equipe de enfermagem e por último, as ações pedagógicas são relativas à formação e desenvolvimento das diferentes categorias de enfermagem. Outra atribuição do enfermeiro é o desenvolvimento da pesquisa (SMELTZER, 2005).

A função educativa do enfermeiro poderia dessa maneira, ser explorada no momento da passagem de plantão para contribuir na formação das competências dos técnicos de enfermagem. Contudo, os cursos de graduação da área da saúde, não capacitam os profissionais para uma abordagem educativa, sendo que essa lacuna é encoberta por uma prática de ênfase técnico-científica (PERES; CIAMPONE, 2006).

As mesmas autoras sugerem que os cursos de licenciatura em enfermagem deveriam rever sua abordagem para ampliar a capacitação do enfermeiro no processo educativo presente nas relações cotidianas. No bacharelado em enfermagem, as disciplinas que compreendem conteúdos da área da educação são pouco articuladas com o saber da enfermagem, não capacitando para a função educativa. Os profissionais de saúde tentam mascarar essa lacuna com uma prática de ênfase técnico-científico que se desvirtua dos caminhos propostos pelas políticas de saúde e de ensino.

Nessa perspectiva, a nova LDB possibilita ao enfermeiro a reflexão e transformação da sua prática, resgatando seu papel de educador. As diretrizes apontam o exercício de competências e habilidades gerais para a graduação dos profissionais da saúde que incluem a atenção à saúde, a tomada de decisões, a comunicação, a liderança, a administração e gerenciamento e a educação permanente (WITT, 2006).

Na seqüência da discussão, as técnicas de enfermagem relatam a repercussão das falhas de comunicação durante a passagem de plantão e as alternativas encontradas para contornar essa situação.

S3E1: Já aconteceu, claro que a gente sabe que cuidados com HIV são universais, mas uma tuberculose, já aconteceu, muitas vezes, de a gente não ficar sabendo.

S4E1: Já aconteceu comigo de o paciente não enxergar e ninguém me passar no plantão. Aí, tu descobre da maneira mais desagradável.

S7E1: Comigo já aconteceu de um paciente ter amputado a perna e ninguém me avisar. De manhã, fiquei horas procurando o outro sapato, aí então, descobri.

S3E1: E até mesmo para o próprio técnico. Já aconteceu da enfermeira passar o plantão e eu chegar na minha colega e perguntar alguma coisa que não tenha ficado claro e que é importante.

S6E1: Nós, na nossa unidade, a gente pergunta na hora mesmo.

Apesar dos depoimentos apresentarem situações inadequadas e constrangedoras nos processos de trabalho, as participantes buscam soluções informais para resolver os problemas de comunicação. A estratégia encontrada pelas técnicas de enfermagem é a parceria com os colegas para troca de informações. O prontuário do paciente por sua vez, não é mencionado como um documento que apresenta dados importantes para o cuidado, sendo citada sua leitura estritamente na discussão a respeito da competência técnico-científica, por ser necessária ao cuidado de pacientes críticos.

Nessa perspectiva, a questão que pode ser levantada relaciona-se ao significado desse processo de comunicação no resultado das ações de cuidado. A passagem de plantão insere-se nos processos de trabalho a fim de que a equipe conheça os pacientes, estabeleça combinações, revise condutas e realize a organização do cuidado. É uma prática que implementa preponderantemente a comunicação verbal, definida por Silva (2003) como as palavras expressas por meio da linguagem escrita e falada, sendo que envolve um preparo, considerando a mensagem a ser transmitida, o emissor, o receptor e a técnica empregada. Para ser

considerada adequada, necessita alcançar um objetivo definido apropriado a um indivíduo num determinado momento e circunstância.

As discussões expostas sugerem que a comunicação verbal não cumpre seu papel durante a passagem de plantão, na medida em que as técnicas de enfermagem recebem informações incompletas e realizam poucas reflexões acerca das mesmas.

Outra dificuldade de comunicação que emergiu dos depoimentos refere-se às prescrições de enfermagem. As participantes apontam restrições na sua implementação, pois percebem orientações não condizentes à evolução das necessidades do paciente. Nos depoimentos a seguir, elas descrevem essas situações no cotidiano do exercício profissional.

S7E1: Normalmente elas (enfermeiras) fazem a prescrição quando o paciente interna e fica essa mesma prescrição até a alta, com os mesmos itens. Isso, então, deveria ser mais atualizado.

Moderadora: Quando não existe mais o cuidado, vocês circulam?

S3E1: Circula.

Moderadora: E mesmo sinalizando, não é modificado?

S3E1: No outro dia está ali de novo.

S2E1: O que acontece é que, às vezes, tu acaba não lendo mais a prescrição de enfermagem. Tu já sabe. Então, quando tem um item importante, tu não lê, porque está tão acostumada com aquela repetição que não é realmente focada naquele paciente, então tu nem lê. Tu sabe o que tem que fazer, tu vai lá, faz, no automático.

S3E1: [...] Uma prescrição extensa não quer dizer tudo. Ter vinte e três ou quarenta itens numa prescrição de enfermagem, com certeza, tu tem que fazer tudo o mais rápido possível [...].

S2E1: É bem repetitivo. Tu faz e cumpre a tua rotina.

Corroborando a percepção das participantes relativa à prescrição de enfermagem, dois estudos abordando o processo e o diagnóstico de enfermagem. Nessas pesquisas a equipe de enfermagem relata a necessidade de reavaliação da prescrição dos cuidados de enfermagem. Os aspectos levantados entre outros, relacionam-se à prescrição de rotinas desnecessárias e inadequadas. As enfermeiras questionam a necessidade da prescrição de rotinas, pois alegam que estas deveriam estar internalizadas nos auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo prescrito apenas os cuidados prioritários. No seu entendimento, a metodologia

empregada nas prescrições induz que o técnico de enfermagem não leia e desvalorize a prescrição. Os problemas expostos evidenciaram dificuldades de comunicação, gerando insatisfação no trabalho (LONGARAY *et al*, 2008; ELIZALDE; ALMEIDA, 2006).

Analisando os relatos, uma questão a ser destacada é o posicionamento das participantes acerca de prescrições repetidas e desatualizadas. Na perspectiva do paciente, a transmissão de informações inadequadas a partir de um instrumento de comunicação pouco claro e objetivo, pode repercutir em ações do técnico de enfermagem impróprias às suas necessidades. Ao ser mencionada a possibilidade de que a prescrição não seja lida, o profissional evidencia que a prescrição não oferece suporte para suas ações. Nessa circunstância, percebem-se falhas no processo de comunicação mediadas por aspectos éticos relativos ao comportamento de algumas técnicas de enfermagem. É possível inferir que as participantes parecem estar resignadas à situação descrita e existe certa dificuldade de posicionamento das mesmas diante de um quadro onde a sistemática dos processos de trabalho parece estar consolidada.

O comportamento das técnicas expõe os aspectos éticos pertinentes à competência na relação interpessoal. Quando essa situação é analisada, é preciso considerar que na maioria dos relatos das participantes, há poucas oportunidades de discussão e reflexão sobre suas práticas. Dessa maneira as questões éticas não teriam por que serem problematizadas e valorizadas nesse momento pelas técnicas de enfermagem. Nesse sentido, como coloca Rabelo (2006), as questões éticas relativas à ausência de compromisso prático com transformações dos modelos vigentes, indicam a necessidade de desenvolvimento de uma competência política. Conforme Rios (2003), a dimensão ética é *fundante* das demais dimensões da competência e pode ser definida como algo de boa qualidade, o que *deve ser* entendido como múltiplas significações relacionadas ao *bem comum*. A ética para a autora é uma reflexão crítica sobre o ambiente construído pelo homem (ethos), sendo que é no espaço político que transita o poder, que os acordos, hierarquias e compromissos são estabelecidos e necessitam da articulação com a ética.

Cabe então, analisar os aspectos relativos à formação das técnicas de enfermagem que poderiam esclarecer esse comportamento. Como já foi descrito anteriormente, todas participantes realizaram o curso para técnicos de enfermagem há mais de 10 anos. Nesse contexto, predominou um ensino que objetivava uma

formação específica, habilitando o profissional para a execução de um determinado conjunto de tarefas adaptado às demandas do mercado de trabalho. Assim, os indivíduos eram preparados para desenvolver exclusivamente o domínio operacional de um determinado fazer, sem a compreensão global do processo produtivo (BRASIL, 1999b).

Atualmente, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico estão centradas no conceito de competências. O novo panorama da educação profissional exige dos trabalhadores maior capacidade de raciocínio, autonomia intelectual, pensamento crítico, iniciativa própria e espírito empreendedor, bem como capacidade de visualização e resolução de problemas. A competência profissional relaciona-se à mobilização de valores, conhecimentos e habilidades. O valor se expressa no saber ser, na atitude relacionada com o julgamento da pertinência da ação, com a qualidade do trabalho, a ética do comportamento, a convivência participativa e solidária, a iniciativa e a criatividade (BRASIL, 1999b).

Os depoimentos das participantes sugerem que o grupo valoriza a execução da tarefa descontextualizada da crítica e da reflexão, coincidindo com os aspectos relativos ao modelo tradicional da educação profissional. Ao se fazer uma analogia desse cenário com as clássicas abordagens educativas, é possível associar o papel da enfermeira com o do professor que transmite conhecimentos/orientações para os alunos (técnicas de enfermagem) sem haver a problematização da realidade. A equipe de enfermagem aparenta sustentar essa postura tradicional de transmissão e recepção de idéias e conceitos. A mais importante crítica que se faz à pedagogia de transmissão é sua incapacidade de desenvolver as habilidades intelectuais de observação, avaliação, extrapolação e compreensão necessárias para criticar e recriar a realidade (ANTUNES *et al*, 1999). Nesse aspecto, Freire (2001) refere que numa perspectiva progressista, ensinar não é transferir conhecimento, mas instituir as possibilidades para sua própria produção ou sua construção.

Nessa perspectiva é interessante elucidar que a legislação do exercício profissional da Enfermagem determina que o técnico de enfermagem participe no planejamento da assistência de Enfermagem conforme seu artigo 12 (BRASIL, 2002b). A situação descrita sugere que o grupo necessita construir de forma compartilhada nos seus processos de trabalho a competência política, instituindo momentos de reflexão e discussão a respeito das suas práticas, com a inclusão de

temas como a comunicação e a ética. Dessa maneira é possível que consigam tornar legítimo e significativo o seu fazer.

Nos aspectos formativos, a literatura descreve a necessidade de uma reavaliação do ensino da ética, a partir de uma abordagem pedagógica problematizadora durante a formação dos técnicos de enfermagem (SANTOS *et al*, 2005). Na área da saúde há pouco destaque desse conteúdo nos cursos regulares, sendo oferecido como disciplina optativa. Uma das explicações é de que existe mais interesse na formação técnica do que na ética. O modelo biologicista hegemônico com características que destacam o conhecimento das doenças e o tratamento dos doentes tem contribuído com uma formação dos profissionais da saúde direcionada para o domínio da alta complexidade tecnológica (SAUPE, Rosita *et al*, 2007; SOUZA, Maria de Lourdes *et al*, 2005).

Dessa maneira, percebe-se que a comunicação e a ética são elementos mediadores da competência na relação interpessoal, repercutindo na qualidade das ações de cuidado. As participantes, evitando questionamentos acerca das prescrições de enfermagem inadequadas, podem sustentar ações de cuidado pouco resolutivas. Apesar de sua inegável importância, os aspectos éticos no processo de formação das técnicas de enfermagem parecem ter sido pouco explorados, dificultando com isso, sua própria valorização no exercício profissional.

Além das participantes considerarem importante os aspectos relacionados à competência na relação interpessoal da equipe de enfermagem, foram citados os aspectos que envolvem o processo de comunicação com o paciente. Nessa interação, contudo, as participantes parecem estar mais seguras, pois relatam que existiu preparo, durante sua formação inicial, acerca da abordagem do paciente.

Moderadora: No curso para técnicos de enfermagem, houve uma abordagem em relação à comunicação com o paciente?

S5E3: A gente treinava no boneco, que era o paciente. Realizávamos tudo que tinha a ser feito no paciente, como medicação, apresentar-se para o boneco, conversar, orientações, no boneco.

Moderadora: Não era só o procedimento?

S5E3: Não, não era. Tinha uma aula que a professora avaliava o todo. Para cada aluno dava um tema diferente, uns ficavam com o banho, outros com a higiene oral, outros ainda com a medicação oral e endovenosa e ela avaliava o nosso desempenho.

S7E3: *Sim, era avaliado tudo, o que era falado, o que não era falado, escrevíamos num papel e depois discutíamos os cuidados.*

S4E3: *Eu aprendi quando fiz o curso de atendente [...]. Ali eu tive mais uma noção de como lidar com o paciente [...] Cumprimentávamos o paciente, chamando-o pelo nome, avisávamos sobre a administração de alguma medicação, enfim.*

S2E3: *Eu não tive laboratório, a gente treinava uns nos outros e daí foi comentado na aula, antes do estágio, como abordar o paciente.*

S6E3: *Eles explicaram como a gente deveria chegar no paciente durante o estágio.*

S2E3: *A primeira vez que eu cheguei perto do paciente, eu tremia toda.*

Como foi mencionado no capítulo anterior, o desenvolvimento do *habitus* profissional desde a formação inicial, facilita e permite ao profissional a mobilização dos seus conhecimentos nas circunstâncias do cotidiano do trabalho (PERRENOUD, 1999, 2000, 2001). A partir dos depoimentos, é possível inferir que a metodologia empregada na formação inicial das participantes contribui ao longo da sua trajetória profissional, na consolidação do processo de comunicação com o paciente.

Corroborando o valor da formação na construção da competência uma pesquisa de Braga e Silva (2007), com enfermeiros especialistas em comunicação. Nesse estudo, a comunicação competente é definida como um processo interpessoal que alcança o objetivo dos comunicadores e permeia todas as ações do enfermeiro. Para desenvolver essa competência os sujeitos citam a necessidade de um preparo técnico e humano por meio da aquisição de conhecimentos.

Nesse sentido, percebe-se que a equipe de enfermagem durante sua formação, necessita construir a competência na relação interpessoal. As participantes desta pesquisa revelaram ao longo das discussões, a existência de uma lacuna a respeito do desenvolvimento da competência na relação interpessoal pertinente à equipe de enfermagem. Por outro lado, os aspectos associados à interação com o paciente foram abordados no seu processo educativo e parecem não ser uma dificuldade identificada pelas mesmas.

As participantes, na seqüência das discussões, sugerem formas de obter melhorias na comunicação da equipe e expressam também suas dificuldades e conquistas.

S5E1: *Muita conversa com as enfermeiras.*

S7E1: *Melhorar a comunicação. Que nos ouçam.*

S5E1: *E às vezes, a gente tem vergonha de ficar dando opinião. Eu me sinto como se estivesse me metendo em alguma coisa que eu não deveria. Eu não tenho essa abertura para chegar e falar alguma coisa para mudar.*

S1E1: *Nós nos sentimos à vontade. Se a prescrição está repetida nós circulamos e falamos com a enfermeira.[...] na nossa unidade, parece que somos mais ouvidos. A gente tem uma boa troca, bem boa, bem positiva. Não tenho medo de falar com a enfermeira, mas não tenho mesmo; falo, argumento, discuto. Isso é bem tranquilo.*

S6E1: *A gente é mais ouvida que elas. Sempre deram espaço para nós.*

S7E1: *Acho que o básico é a comunicação e, a partir daí, acho que as coisas vão melhorar.*

Os relatos mostram que a comunicação permeia a maioria das ações da equipe de enfermagem. Algumas participantes estão satisfeitas com seus processos de comunicação, pois participam e colaboram no planejamento das ações de cuidado conforme prevê a lei do exercício profissional da enfermagem (BRASIL, 1986). No entanto, S5 menciona dificuldades na relação direta com a enfermeira de sua equipe. No seu entendimento, opinar a respeito da prescrição de enfermagem seria uma intromissão e não uma contribuição para práticas significativas.

Convém dessa maneira esclarecer que na implementação do processo de enfermagem, é imprescindível que o enfermeiro realize a coleta de dados a fim de direcionar as ações do cuidado (NÓBREGA *et al*, 2007). Segundo Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), os dados são coletados a partir de inúmeras fontes, classificadas como principais e secundárias. O paciente é a fonte principal e a família, a equipe de saúde e os registros são fontes secundárias. Christensen (1986) citado por Nóbrega *et al* (2007), aponta a interação, a observação e a mensuração como instrumentos básicos para coleta de dados. A interação compreende o processo de comunicação verbal e não verbal entre o enfermeiro e o paciente e é fator determinante para o sucesso da assistência.

Nessa perspectiva, os técnicos de enfermagem de acordo com suas atribuições, fornecem informações importantes para a implementação da SAE na medida em que interagem com o paciente e percebem a evolução do mesmo. A

técnica de enfermagem que expressa dificuldade de comunicação com a enfermeira revela implicitamente que existe a possibilidade de que certas informações não sejam abordadas. Nesse contexto, os problemas de comunicação repercutem na implementação da SAE, limitando a qualidade da assistência de enfermagem.

As participantes percebem que é preciso instituir um trabalho coletivo para implementar ações comunicativas. Elas recomendam a realização de encontros freqüentes.

S5E1: Fazer mais reuniões, porque fazemos muito poucas.

S2E1: Na verdade as reuniões não estão ligadas aos cuidados dos pacientes, de repente rever os cuidados. Agora tem uma equipe que cuida da pele do paciente. Então, seria algo para rever mesmo se esses cuidados estão sendo feitos, se estão sendo úteis ao paciente.

S7E1: [...] Acho que poderia ser dado mais ênfase nisso, de repente, pedir mais nossas opiniões [...]

As falas expressam o desejo de aprimoramento do grupo por meio de reuniões para discutir a SAE e dessa maneira resgatar o sentido da metodologia. As reuniões representam a tentativa de estabelecer uma comunicação adequada na equipe, sendo que S5 verbaliza uma sugestão em relação a sua freqüência. A percepção da necessidade de haver mais encontros entre seus componentes atesta as dificuldades de comunicação.

As reuniões do mesmo modo podem representar um espaço para escuta e troca de experiências onde a equipe de enfermagem constrói suas competências. Como afirma Perrenoud (1999), a aquisição de competências está associada a analogias realizadas pelo individuo nas diferentes situações vivenciadas, e que resultam de uma extensa elaboração e busca, sendo que a ação competente reinventa o já conhecido e dominado a fim de enfrentar situações inéditas. Dessa maneira, a realização de encontros para discussão de temas problematizados pela equipe pode promover a mobilização dos recursos necessários para enfrentar circunstâncias desconhecidas.

Igualmente, existe a noção de que as reuniões podem abranger diversas temáticas além das questões administrativas. S2 destaca que os processos de

trabalho como os cuidados de enfermagem, poderiam ser revistos para realizar ações condizentes às necessidades dos pacientes.

Além da comunicação, as participantes relatam situações em que a liderança apresenta-se como outro elemento importante para a concretização do trabalho em equipe. Nesse contexto, a enfermeira é vista como uma líder com muitas atividades e que, em alguns momentos, tem dificuldades para atender sua equipe. Assim como as técnicas de enfermagem, ela precisa desenvolver sua competência na relação interpessoal para manter a interação do seu grupo. Como afirma Ribeiro *et al* (2006), o profissional enfermeiro tem a difícil tarefa de coordenar a equipe de enfermagem, sendo necessário desenvolver habilidades que promovam a condução equilibrada de um grupo heterogêneo, transmitindo segurança na tomada de decisões.

Nos depoimentos a seguir, as participantes relatam de que forma procuram esclarecer dúvidas relativas as suas ações de cuidado.

S6E1: Sim, à noite nós vamos direto com elas (enfermeiras). A gente só comunica o que está acontecendo e elas resolvem. Mas eu já trabalhei de dia, onde era mais fácil e rápido ir direto aos médicos.

S2E1: [...] na nossa unidade, eles (médicos) ficam ali o dia todo e, então, a gente pode ir direto neles. Depois a gente comunica a enfermeira: olha aconteceu isso e isso, já comuniquei o médico.

S5E1: Porque, às vezes, elas estão ocupadas também. Elas têm outras coisas e são só duas enfermeiras.

A análise dos relatos revela que as participantes procuram compartilhar com a enfermeira a resolução de problemas nos processos de trabalho. Todavia, em determinados momentos, frente a dificuldades de comunicação com a mesma, as participantes buscam soluções por meio da orientação de outro profissional. Percebe-se que as técnicas de enfermagem nessas circunstâncias, assumem o papel de liderança da enfermeira na tomada de decisões. Nesse sentido, a enfermeira ao não compartilhar da discussão sobre as condutas das ações de cuidado, perde elementos para implementar a SAE. Convém destacar que o processo de enfermagem é interativo, pois se fundamenta nas relações recíprocas entre o enfermeiro, o paciente, a família e equipe de saúde além de ser orientado para resultados (ALFARO-LEFEVRE, 2005; IYER ET AL., 1993).

As dificuldades de liderança da equipe coincidem com algumas idéias de Ribeiro *et al* (2006). Segundo as autoras, no desempenho da liderança os enfermeiros apontam problemas quanto às questões de relacionamento do grupo e às próprias atribuições dos seus componentes. Além disso, os enfermeiros destacam seu descontentamento em relação à sua formação quanto ao preparo para o exercício da liderança.

Nesse contexto, as técnicas de enfermagem percebem que a competência na relação interpessoal está vinculada ao trabalho em equipe e à liderança do enfermeiro. Os relatos apontam processos de trabalho em que os sujeitos interagem no grupo e experiências onde existem dificuldades de comunicação e liderança.

No final do primeiro encontro, uma das participantes apresenta um depoimento sobre a importância do trabalho em equipe, expressando que a falta de interação nos processos de trabalho gera perdas para todos.

S3E1: [...] sinto, desde o início que trabalhei no meu setor, até agora, é que antes, se priorizava bem mais o trabalho em equipe, tu vê o teu colega tá precisando de uma ajuda, ou o enfermeiro, não importa quem tá do outro lado, tu chega, tu pega e tu vai. Quando tu começa a perder o trabalho em equipe, ta perdendo muita coisa, de toda uma instituição, não to falando só do meu setor, mas de todo o hospital se perde muita coisa, se todos trabalharem separadamente achando que estão fazendo muito, e que estão cansados para ajudar o colega, aí o nível do trabalho cai, até porque, na nossa unidade, cada vez mais está diminuindo o número de técnicos. Então, se a gente não se ajudar, não vai dar conta. [...] Acho que o trabalho em equipe é essencial para qualquer momento do trabalho.

A partir da análise das discussões percebe-se que a SAE está inserida nos processos de trabalho da equipe de enfermagem. Aspectos relacionados à competência na relação interpessoal – comunicação e liderança, mediados pela ética - influenciam sua implementação. Uma equipe interativa apresenta melhores condições de promover ações de saúde articuladas à SAE. Portanto, o desafio da equipe de enfermagem é desenvolver na sua formação as diferentes dimensões das competências relacionadas com a SAE, considerando-as todas importantes no contexto do cuidado. Como afirma Perrenoud (1999), a competência é uma

capacidade de agir eficazmente em uma determinada circunstância apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles. O profissional torna-se “operacional” somente após ter assimilado as singularidades do seu novo ambiente de trabalho que incluem, além dos aspectos relativos a organização das atividades, as tecnologias e a cultura da empresa - as relações profissionais. A construção das competências envolve além da aquisição de conhecimentos na formação inicial um conjunto de disposições e esquemas que são mobilizados ao longo do exercício profissional.

No contexto atual, a inserção de forma progressiva do técnico de enfermagem no mercado de trabalho Gottems *et al*, (2007), aponta para a necessidade de serem feitos investimentos relativos a sua capacitação com a finalidade de desenvolver suas competências e qualificar suas ações de cuidado. Nesse sentido, Ricaldoni e Sena (2006), consideram que os processos de educação permanente, fundamentados na pedagogia problematizadora, estimulam a reflexão da prática e a construção do conhecimento. Os mesmos autores identificam a partir da opinião de técnicos e auxiliares de enfermagem, a importância de habilitar o enfermeiro no campo da gerência, a fim de que ele possa se comprometer efetivamente com o trabalho da equipe. A SAE é mencionada como uma proposta de estratégia eficaz que auxilia o enfermeiro a ter uma visão ampla e concreta da realização do seu objeto, o cuidado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi realizada com o objetivo de conhecer, na perspectiva do técnico de enfermagem as competências desenvolvidas na sua formação para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. A escolha dessa temática está relacionada com minha experiência como docente da Escola de Técnicos de Enfermagem do HC e como enfermeira assistencial. O contato freqüente, na supervisão dos estágios, com a dimensão dos processos de trabalho dos técnicos de enfermagem ampliou minha percepção a respeito do seu papel na implementação da SAE. Essa metodologia é constituída por etapas inter-relacionadas que apresentam diferentes denominações de acordo com seu referencial teórico e está fundamentada nas relações recíprocas da equipe de enfermagem, da equipe multiprofissional, do paciente e da família (IYER *et al.*, 1993). Nesse sentido, constatei em alguns momentos, uma equipe de enfermagem distante das práticas de cuidado propostas pela SAE.

O entendimento sobre as competências relacionadas à formação das técnicas de enfermagem foi fundamentado principalmente na definição de competência do referencial de Perrenoud. Para o autor, competência é a “capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles” (1999, p. 7). Assim, os aspectos relativos à formação incluíram o processo de aprendizagem que inicia no curso profissionalizante e se estende ao longo da experiência profissional.

Os encontros no grupo focal permitiram que as sete técnicas de enfermagem partilhassem suas experiências e idéias sobre a SAE de uma forma crítica e autêntica. A presença nos três momentos de todas as participantes possibilitou a interação no grupo e o resgate de sua importância como categoria profissional no contexto do cuidado.

A análise das informações deu origem a duas categorias temáticas, cada uma com dois subtemas. Na categoria “A participação do TE na SAE”, emergiram os subtemas, “Concepção da SAE” e (Des) Valorização da SAE “

Com relação à concepção e valorização da SAE, o estudo demonstrou que as técnicas de enfermagem têm conhecimento restrito sobre a metodologia de cuidado. A noção sobre a SAE estabeleceu-se principalmente vinculada à prescrição

e aos cuidados de enfermagem, sendo que as outras etapas não são claramente identificadas. Os sujeitos que reconhecem e valorizam sua participação na implementação da SAE, percebem a importância da metodologia na organização das suas ações e destacam o papel de liderança do enfermeiro como articulador da sua implementação nos processos de trabalho. Por outro lado, na medida em que o aprendizado ocorreu ao longo de processos de trabalho fragmentados, houve poucas oportunidades de discussão e reflexão, contribuindo assim, com práticas individualizadas. Dessa forma, o pouco conhecimento favoreceu sua desvalorização, principalmente nas equipes de enfermagem onde parece haver espaço limitado para discussões acerca da metodologia. Nesses contextos, as participantes têm dificuldades em vislumbrar a contribuição da SAE na organização das ações de cuidado da equipe de enfermagem.

Na segunda categoria “As competências na formação do TE”, emergiram os subtemas “Competência técnico-científica e Competência na relação interpessoal”. A competência técnico-científica foi considerada primordial para as práticas do cuidado. Para as participantes, além do conhecimento teórico sobre a SAE, a técnica, o saber fazer é essencial para fundamentar suas ações. Conforme a percepção de algumas participantes, os cuidados de enfermagem podem ser realizados, apesar do desconhecimento de determinadas informações relativas ao paciente. A primazia da técnica, do trabalho manual é uma dimensão da competência técnico-científica valorizada pelas participantes e ilustra os aspectos históricos da origem da educação profissional, marcado pela divisão entre trabalho intelectual e manual (BRASIL, 1999b).

No contexto hospitalar, a valorização da dimensão técnica mostra-se num primeiro momento, suficiente às demandas de processos de trabalho. Contudo, o saber é que fundamenta o saber-fazer a partir dos conhecimentos técnicos. (DEPRESBITERIS, 2005; PERRENOUD, 1999; TANGUY, 1997).

A valorização da execução dos procedimentos em detrimento da sua fundamentação teórica vem de encontro às idéias de Perrenoud (1999, 2000, 2001) a respeito da necessidade de dar importância tanto os saberes teóricos quanto os da experiência profissional na mobilização das competências.

Os técnicos de enfermagem ao receberem historicamente, uma formação inicial que valoriza o saber-fazer e perpetua-se ao longo de sua trajetória profissional

apresentam dificuldades para romper com essa realidade nos seus processos de trabalho.

Nessa perspectiva, as participantes constataram que o desenvolvimento da competência técnico-científica relaciona-se ao aprendizado da SAE na medida em que no HC, é uma responsabilidade do perfil profissional do técnico de enfermagem assegurar a qualidade das ações de cuidado por meio da SAE. Além disso, a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Brasil (1986), garante sua participação na metodologia. Quanto aos aspectos formativos, as técnicas de enfermagem percebem a necessidade de serem desenvolvidas capacitações tanto na formação inicial quanto no cotidiano do trabalho, acerca da SAE. Os cursos e os treinamentos foram as formas sugeridas para capacitação. Conforme seus relatos, as metodologias empregadas atendem às demandas necessárias para os seus processos de trabalho. O referencial da educação permanente dessa maneira, poderia ser instituído como uma proposta para no próprio espaço de trabalho a equipe iniciar discussões mais amplas acerca das suas práticas. Nesse sentido, percebo que ao não problematizarem e refletirem sobre seus processos de trabalho e terem acesso limitado a outras formas de aprendizado, os cursos e os treinamentos da instituição parecem atender pontualmente suas necessidades de qualificação.

Para as técnicas de enfermagem outra competência que colabora com a prática da SAE é a competência interpessoal, entendida como o trabalho em equipe e a comunicação. Ao longo dos encontros, parte do grupo percebeu que as equipes que promovem a interação dos seus componentes apresentam processos de comunicação e liderança eficientes. Assim, as ações de cuidado se tornam mais eficazes no atendimento das necessidades dos pacientes, na medida em que a equipe discute e participa das decisões.

As dificuldades apontadas na comunicação foram atribuídas às poucas reuniões realizadas na equipe de enfermagem. Nesse sentido, as participantes apostam na possibilidade de melhorias na comunicação no momento em que houver mais encontros e discussões no grupo que contemplem tanto aos aspectos administrativos quanto educacionais. Conforme havia sido discutido anteriormente, as reuniões podem representar um espaço para escuta e troca de experiências onde a equipe de enfermagem constrói suas competências. Deste modo, a realização de encontros para discussão de temas problematizados pela equipe pode promover a

mobilização dos recursos necessários para enfrentar circunstâncias desconhecidas (PERRENOUD,1999).

A competência na relação interpessoal foi considerada importante para todos os membros da equipe de enfermagem. As discussões destacaram nesse sentido, o papel do enfermeiro que apresenta competência interpessoal na promoção das ações de cuidado. Nos relatos que revelaram equipes articuladas, a presença comprometida desse profissional aparece como um diferencial para implementação da SAE.

A discussão sobre o processo de comunicação durante a passagem de plantão da equipe de enfermagem trouxe a tona entraves que dificultam que a equipe se aproprie de conhecimentos adequados para atender os pacientes, repercutindo por vezes em práticas dissociadas das suas necessidades. Nesse sentido, a dimensão ética permeou os relatos das participantes sugerindo que este foi um conteúdo pouco trabalhado no processo de formação das mesmas, além de revelar a necessidade do desenvolvimento da competência política para transformar esse contexto.

Um aspecto que avalio ter limitado a coleta das informações refere-se à escolha de técnicos de enfermagem de apenas dois setores específicos. Apesar de existir no HC áreas determinadas para atuação dos técnicos de enfermagem, a escolha de representantes de diferentes setores em que eles estivessem locados, poderia ter contribuído com uma maior diversidade de informações.

Outro fator limitante para a pesquisa relaciona-se a escassa literatura encontrada acerca da relação do técnico de enfermagem com a SAE. As bases de dados utilizadas foram LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), sendo os descritores: sistematização da assistência de enfermagem, processos de enfermagem, competências e técnico de enfermagem.

Ao concluir esta dissertação pretendo colaborar na discussão sobre a implementação da SAE na perspectiva do técnico de enfermagem visto que é uma metodologia articulada no contexto brasileiro, por todos os componentes da equipe de enfermagem. Percebo que para as participantes deste estudo, a SAE é uma metodologia que necessita ser compartilhada, discutida e divulgada nos processos de trabalho para ser compreendida e valorizada. Do mesmo modo, considero que enquanto o conhecimento sobre a SAE estiver restrito a prática do enfermeiro, é

pouco provável que as outras categorias da equipe de enfermagem contribuam com seu reconhecimento e divulgação. Como docente de uma escola para técnicos de enfermagem continuarei contribuindo com sua divulgação por meio do ensino, da mesma forma que como educadora em serviço, continuarei problematizando a metodologia para promover seu aprimoramento.

À medida que realizei a análise das informações percebi a importância da formação no desenvolvimento das competências do técnico de enfermagem relacionadas à SAE. As participantes foram inseridas no mercado de trabalho desconhecendo previamente a metodologia. As oportunidades de aprendizado desenvolveram-se conforme as necessidades apresentadas no cotidiano do exercício profissional e parecem para alguns sujeitos, terem sido insuficientes. Nesse contexto, o enfermeiro é um elemento significativo para sua implementação, requerendo uma revisão do seu papel, conforme revelado nos depoimentos das participantes. Como sugestão, as equipes de enfermagem poderiam promover discussões sistematizadas sobre a SAE, incluindo as competências que emergiram dos relatos das técnicas de enfermagem a fim de que todos os componentes da equipe pudessem sugerir melhorias para sua prática e compreendessem o impacto da metodologia nas ações de cuidado.

As técnicas de enfermagem ao longo dos encontros focais, manifestaram seu reconhecimento em relação à oportunidade de expressarem-se sobre sua prática profissional. Nesse sentido, percebe-se quanto é significativo instituir espaços para escuta da equipe de enfermagem que promovam sua interação e possibilitem a construção coletiva dos conhecimentos pertinentes aos seus processos de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 284p.

_____. **Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 281p.

ALMEIDA, Miriam Abreu de. **Competências e o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem**: concepções de docentes e discentes. 2002. 245 f. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, 2002.

ANTUNES, Arthur Velloso; COSTA, Moacir Nascimento. Nursing staff dimensioning at a university hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, 2003 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 16 jun. 2008.

ANTUNES, Maria José Moraes; SHIGUENO, Luiza Y. Okuidara, MENEGHIN, Paolo. Métodos pedagógicos que influenciaram o planejamento das ações educativas dos enfermeiros: revisão bibliográfica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 2, p.165-174, 1999.

ARAÚJO, Izilda Esmênia Muglia et al. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implementação do roteiro direcionador, relato de experiência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 1, p 18-27, 1996.

BACKES, Dirce Stein et al. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 27, n. 1, p. 252, 2005.

BALSANELLI, Alexandre P.; CUNHA, Isabel C.K.O. Liderança no contexto da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p.117-122, 2006. Disponível em: <<https://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em: 16 dez. 2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3 ed. Portugal: Edições 70, 2004. p. 229.

BENEDET, Silvana A.; BUB, Maria Bettina C. **Manual de diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. Florianópolis: Bernúcia, 1998. 220 p.

BLIMA SCHRAIBER, Lilia; PEDUZZI, Marina. **Recursos humanos e trabalho coletivo em saúde**: a equipe multiprofissional. Washington: Organização Pan-americana da Saúde, 1999. (OPAS Pesquisa em Saúde Pública Documentos Técnicos, 11)

BORDENAVE, Juan E. Dias. **Alguns fatores pedagógicos**. Brasília: OPAS/OMS, 1983. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T5.pdf. Acesso em 16/02/2008.

BRAGA, Eliana Mara; SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 410-414, 2007.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de Junho de 1987. Regulamenta a lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jun. 1987.

BRASIL. Lei nº 7498 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1986.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CEB nº. 16/99: Diretrizes Curriculares para a Educação Profissional de Nível Técnico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1999a. Disponível em: <http://www.portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/legisla05.pdf> Acesso em: 29 jan. 2007.

_____. _____. _____. Resolução CNE/CEB nº. 04/99: Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1999b. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/legisla.pdf> . Acesso em: 29 jan 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e**

desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. _____. _____. **A educação permanente entra na roda:** pólos de educação permanente em saúde - conceitos e caminhos a percorrer. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf>. Acesso em: 7 set. 2007.

_____. Resolução do COFEN nº 293/2004 de 18 de janeiro de 2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. Rio de Janeiro: COFEN, 2004. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/default.asp>>. Acesso em: 10 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 ago. 2007. Disponível: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 out. 2007b.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 5.604 de 2 de setembro de 1970. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública "Hospital de Clínicas de Porto Alegre" e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 set. 1970. Disponível: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5604.htm>. Acesso em: 6 nov 2006.

_____. _____. _____. Lei nº. 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 dez. 1996. Disponível em: <<http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao>>. Acesso em: 20 set. 2007.

CAMPEDELLI, M.C. et al. Cálculo de pessoal de enfermagem: competência da enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.3-15, 1987.

CAMPOY, Marcos Antonio; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; STEFANELLI, Maguida Costa. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 165-172, 2005 . Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 maio 2008.

CARLINI-COTRIM, Beatriz. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.

CARRARO, Telma Elisa; WESTPHALEN, Mary E.A. **Metodologia para a assistência de enfermagem: teorização, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001. 184 p.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 maio 2008.

COLOMÉ, Isabel Critstina dos Santos; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família, (PSF). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 548-556, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução do COFEN 272/2002 de 18 de janeiro de 2007: Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN, 2002. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/default.asp>>. Acesso em: 29 jan. 2007.

CORBELLINI, Valéria Lamb. Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 7, p. 9-16, 2007.

CORNIANI, F. et al. Liderança e comunicação: opinião dos enfermeiros responsáveis pelos serviços de enfermagem de um hospital governamental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 347-53, 2000.

CROSSETTI, Maria da Graça et al. **Introduzindo o processo diagnóstico como registro do cuidado na enfermagem em um hospital universitário**. Porto Alegre, 1998. Projeto Integrado de Pesquisa – NECE.

DALL'AGNOL, Clarice Maria; TRENCH, Maria Helena. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 97-103, 1999.

DELUIZ, Neise. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, DF, n. 2, p. 5-15, 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF26.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2008.

_____. globalização econômica e os desafios à formação profissional. **Boletim Técnico do Senac**, Rio de Janeiro, v.30, n. 3, p. 73-79, 2004. Disponível em: <<http://www.senac.br/boletim.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2007.

DE MASI, Domenico. **A sociedade pós-industrial**. São Paulo: SENAC, 1999. 448 p.

_____. **O futuro do trabalho: fadiga e ócio na sociedade pós-industrial**. 8.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003. 356 p.

DEPRESBITERIS, Lea. Competências na educação profissional: é possível avaliá-las? **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.senac.br/informativo/bts/index.asp>. Acesso em: 20/06/ 2007.

DOMENICO, Edvane Birelo Lopes et al. Revelando as ações da prática e o ideal profissional do enfermeiro: subsídios para a implantação da SAE. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n.esp, parte II, p. 53-57, 2000.

DUCCI, María Angélica. El enfoque de competencia laboral en la perspectiva internacional. In: _____ (Org.). **Formación basada en competencia laboral**. Montevideo: Cinterfor/OIT, 1997.

ELIZALDE, Alexandra Curtis; ALMEIDA, Miriam de Abreu. Percepções de enfermeiras de um hospital universitário sobre a implantação dos diagnósticos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 564-574, 2006.

FEIJÃO, Alexsandra Rodrigues et al. Avaliação da sistematização da assistência de enfermagem em hospital de doenças infecciosas. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 00-00, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/ojs-2.1.1/index.php/nursing/article/viewArticle/347/78>>. Acesso em: 10 mar. 2008.

FERNANDES, J. D. et al. Competência Interpessoal nas práticas em saúde: o individual e o coletivo organizacional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 210-215, 2003.

FERREIRA, Jaqueline. O programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.14, n.3, p.111-118, 2005.

FERREIRA, Márcia de Assunção. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 327-30, 2006.

FONSECA, Cláudia Maria Barbosa Machado, SANTOS, Mônica Loureiro. Tecnologias da informação e cuidado hospitalar: reflexões sobre o sentido do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 699-708, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 35. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007. 148 p.

FREITAS, Genival Fernandes de; OGUISSO, Taka; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Ethical events in nursing: daily activities of nurse managers and nursing ethics committee members. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 497-502, 2006 . Disponível em:<<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 maio 2008.

FREITAS, Maria Célia de; QUEIROZ, Terezinha Almeida; SOUZA, Jacy Aurélio Vieira de. O Processo de Enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 207-212, 2007 .

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone; KURCGANT, Paulina. Patient classification system: identification of the patient care profile at hospitalization units of the UH-USP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 72-78, 2005.

GAIDZINSKI, R.R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1991. p. 91-6.

GAIDZINSKI RR. **O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam esta prática**. 1994. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52., 2000, Recife. [**Anais...**]. Recife: ABEn/PE, 2000. Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”.

_____; _____. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, Iraci et al (Ed.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 37-63.

_____; _____. CARVALHO, Emília Campos de. Nursing process: application to the professional practice. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, 2004 Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2008.

GUIMARÃES, B. et al . O plano de cuidados sob a ótica dos técnicos de enfermagem: um estudo de caso. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p.111-117, 1999.

GUIZZO, B.S. et al. O software QRS Nvivo 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para pesquisa em ciencias humanas e da saude. **Revista Gaucha da Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n.1, p. 53-60, 2003.

GOTTEMS, Leila Bernarda Donato; ALVES, Elíoenai Dornelles; SENA, Roseni Rosângela de. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 1033-1040, 2007.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 15.ed. São Paulo: Loyola, 2006. 349 p.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1979. 56 p.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Escola Técnica em Enfermagem. **Curso técnico em enfermagem**: plano de curso – 2002. Porto Alegre: HCPA, 2002. 475 f. Não publicado.

_____. Grupo de Enfermagem. Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem – GTDE. **Sistematização da assistência de enfermagem no HCPA**. Porto Alegre: HCPA, 2006a. 12 f.

_____. Grupo de Enfermagem. **Planejamento estratégico**. Porto Alegre: HCPA, 2006b. Não publicado.

_____. **Missão**. Porto Alegre; [2006c]. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=380>. Acesso em: 10 abr. 2007.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **The international classification for nursing practice: a unifying framework- the Alpha version**. Geneva: ICN, 1996. Disponível em: <http://www.icn.ch/icnp_v1book_ch1.htm>. Acesso em: 18 jan. 2007.

IYER, P. et al. **Processo e Diagnóstico de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, 325 p.

KLETEMBERG, Denise Faucz. **A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica**. Curitiba: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, 2004. 105 p.

KOBAYASHI, Rika M.; LEITE, Maria Madalena Januário. Formation of administrative competences in nursing technicians. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 221-227, 2004 . Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 jun. 2008.

KRUEGER, R.A.; CASEY, M.A. **Focus groups: a practical guide for applied research**. 3rd.ed. Thousand Oaks: Sage, 2000.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEOPARDI, Maria Tereza. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade. In: _____ (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros; 1999. p. 71-81.

_____. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2.ed.rev.ampl. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LIMA, Antonio Fernandes Costa; KURCGANT, Paulina. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da

Universidade de São Paulo. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1. p. 111-6, 2006.

LONGARAY, Vanessa Kenne. Processo de enfermagem - opinião de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 26, supl. 1, p. 7, 2006.

LONGARAY, Vanessa Kenne; ALMEIDA, Miriam de Abreu; CEZARO, Paula de. Processo de enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v.17, n.1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 jul. 2008.

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. The persistent feminization in Brazil's professional nursing education. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 24, p. 105-125, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 June 2007.

LUNNEY, Margaret. **Pensamento crítico e diagnóstico de enfermagem**: estudos de caso e análises. Porto Alegre: Artmed, 2004. 384 p.

MAGALHÃES, Ana Maria et al. Implantação do modelo de primary nursing - relato de experiência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 235-9, 2004.

_____; PIRES, C. da Silva; KERETZKY, Kátia B. Opinião de enfermeiros sobre a passagem de plantão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.18, n.1, p. 43-53, 1997.

MARQUES, Claudia Maria Silva. As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências. **Formação**, Brasília, DF, v. 2, n.5, p. 17-27, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3.ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. 269 p.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 80 p.

MOHANA, João. **O mundo e eu**. 2.ed. Rio de Janeiro, Agir, 1964. 231 p.

MORGAN, D.L. **Focus groups as qualitative research**. 2nd.ed. Newbury Park: Sage, 1997.

MUNARI, Denise Bouttelet; BEZERRA, A.L. Q. Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 484-486, 2004.

NÓBREGA, Maria Miriam Lima; SILVA, Kenya de Lima. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. João Pessoa: Imprima, 2007. 242 p.

OIT/MTE/FAT. **Certificação de competências profissionais**: discussões. Brasília: OIT, 1999. Disponível em:<<http://www.oitbrasil.org.br/info/downloadfile.php?fileId=69>>. Acesso em: 10 mar. 2007.

OLIVEIRA, Dora Lucia Leidens de. **Brazilian adolescent women talk about HIV/AIDS risk: reconceptualizing risky Sex - What implication for health promotion?** 2001. Tese (doutorado) - Institute of Education, University of London, , London, 2001.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

_____. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1998.

_____; ANSELMINI, Maria Luiza. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002.

_____; CIAMPONE, Helena Trench. Trabalho em equipe e processo grupal. In: MARQUIS, Bessie L. (Ed.). **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 1999, 557 p.

PERES, Aida Maris; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto & contexto em enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, 2006.

PERRENOUD, Philippe. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. 90 p.

_____. **Novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2000. 192p.

_____. **Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001a. 208p.

_____. De uma metáfora a outra: transferir ou mobilizar conhecimentos? In: DOLZ, Joaquim; OLLAGNIER, Edmée (Ed.). **O enigma da competência em educação**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 41-61.

PERROCA, Márcia Galvan. Sistema de classificação de pacientes : construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p.153-168, 1998.

PIRES, Denise. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M.T. (Org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros; 1999.

_____. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 13, n.1/2, p. 83-92, 2000a.

_____. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, p. 251-63, 2000b.

PIVOTTO, Flavia; FILHO LUNARDI, Wilson Danilo; LUNARDI, Valeria Lerch. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 32-42, 2004.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 118.

POLIT, Denise F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

RABELO, Leila Regina. **A competência das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal hospitalar**. 2006. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul,

RAMOS, Luciana Aparecida Ribeiro. **Sistematização da assistência de enfermagem: um estudo com auxiliares e técnicos de enfermagem**. 2007. 149 f.

Dissertação (mestrado) - Escola de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2007.

RAMOS, Marise Nogueira. A educação profissional pela Pedagogia das Competências: para além da superfície dos documentos oficiais. **Educação Social**, Campinas, vol. 23, n. 80, p. 401-422, 2002a. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 20 mar. 2007.

_____. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002b. p. 320.

RIBEIRO, Mirtes, SANTOS, Sheila Lopes dos; MEIRA, Taziane Graciet Balieira Martins. Refletindo sobre liderança em Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 109-115, 2006.

RICALDONI, Carlos Alberto Caciquinho; SENA, Roseni Rosangela de. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-842, 2006. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 11 mar. 2008.

RIOS, Terezinha Azeredo. **Compreender e ensinar: por uma docência da melhor qualidade**. São Paulo: Cortez, 2001.

ROCHA, Semiramis Melani Melo; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. The process of nursing work in collective health and interdisciplinary studies. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 maio 2008.

ROSSI, Flavia Raquel; SILVA, Maria Alice Dias da. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, n.39, p. 460-468, 2005.

_____. **Tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro: contribuição para o cuidado humanizado**. 2003. 111f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, BR-RS, 2003.

SANTOS, Aparecida de Cássia dos et al. Ética profissional: concepção de alunos de cursos técnicos de Enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 4, p. 336-340, 2005.

SAUPE, Rosita et al. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 654-661, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B. ; CASTANHERA, E. R. L; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-42, 1999.

SHIMIZU, Helena Eri; LIMA, Maria da Glória; SANTANA, Maria Natividade Gomes da Silva Teixeira. O modelo de competências na formação de trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 161-166, 2007.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 8.ed. São Paulo: Loyola, 2003. 133 p.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. A educação de enfermagem: buscando a formação crítico-reflexiva e as competências profissionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 755-761, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 Jun 2008.

SMELTZER, Suzanne C.. Brunner & Suddarth : **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005 2v. : il.

SPERANDIO, Dircelene Jussara. **Sistematização da Assistência de enfermagem: proposta de um software** - protótipo. 2002. 87f. Dissertação (mestrado) – Escola de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, BR-SP, 2002.

SOUZA, Maria de Lourdes et al. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis , v. 14, n. 1, p. 75-81, 2001.

TANGUY, Lucie; ROPÉ, Françoise (Org.). **Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa**. Campinas: São Paulo, 1997.

TANOS, Maria Aparecida de Abreeu; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu B.; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade especializada em transplante de fígado: comparação do real com o preconizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 376-382, 2000.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora et al. Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 77-82, 1998.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994.

VERONESE, Andréa Márian; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa de. Desenvolvendo pesquisa com grupos focais: experiência com motoboys. **On-line Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing>>. Acesso em: 10 dez. 2007.

VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

WILKINSON, Sue. Focus groups. In: SMITH, Jonathan A. (ed.). **Qualitative Psychology: a practical guide to research methods**. New York: Sage, 2003. p. 184-204.

WIKIPEDIA. **MP3**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki:MP3>>. Acesso em: 10 mar. 2007.

WITT, Regina Rigatto. Competências gerenciais da enfermeira na atenção básica. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 170-176, 2006.

ZOCCHÉ, Denise Antunes de Azambuja. Educação profissional em saúde: reflexões sobre a avaliação. **Trab. Educ. saúde**; 5 (2): 281-295, jul.2007.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento livre e esclarecido

A pesquisa “Competências do Técnico de Enfermagem na Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem” tem por objetivo: *Identificar, na perspectiva do Técnico de Enfermagem, as competências necessárias na sua formação para implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)*. Trata-se da dissertação da aluna Andréa de Mello Pereira da Cruz do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Pesquisadora responsável: Andréa de Mello Pereira da Cruz. Contato: (051) 33255743/92466761; e-mail:acruz@terra.com.br; Orientadora responsável: Dr^a. Miriam de Abreu Almeida. Contato: (051) 33331914; e-mail: miriam.abreu@terra.com.br;

Este termo tem como objetivo garantir que Eu,.....
....., concordo em participar de um grupo focal que será realizado através de dois encontros semanais de duração de no máximo uma hora e trinta minutos, podendo ocorrer um terceiro encontro caso seja necessário complementar informações. Explicaram-me o caráter voluntário da participação nessa pesquisa, além do direito de retirar-me do estudo a qualquer momento. Fui esclarecido quanto aos seguintes aspectos: 1- Os dados coletados por meio do grupo focal e mesmo na escrita da dissertação serão mantidos em confidencialidade, privacidade e anonimato, sendo utilizados com a única finalidade de fornecer elementos para a realização da dissertação e dos artigos e comunicações que dela resultem. Fica garantido que não terão repercussão na avaliação do desempenho e que não trarão quaisquer problemas trabalhistas ao participante. 2 - As entrevistas serão gravadas e após guarda de até cinco anos, serão desgravadas. 3- Se, no decorrer do procedimento a participante vier a manifestar sua vontade de que a entrevista seja interrompida e/ou seu conteúdo não seja divulgado, as pesquisadoras atenderão a esta vontade. 4- O material coletado também não poderá ser objeto de comercialização e/ou divulgação que possa prejudicar as entrevistadas ou a instituição onde exercem suas funções. 5- Essa pesquisa é considerada de risco mínimo. 6- Somente após assinatura do Termo de Consentimento é que a equipe de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre constituirá o grupo focal. 7 - É compromisso das pesquisadoras manterem os participantes informados sobre o andamento da pesquisa e, ao final de sua realização, comunicar-lhes os resultados e/ou devolver-lhes, de alguma forma os resultados finais.

Concordo que as informações que eu prestar façam parte deste estudo, e que ficarei com uma via desta declaração.

.....
(assinatura participante da pesquisa)

.....
(assinatura da pesquisadora)

Porto Alegre,.....dede 2007.

APÊNDICE B - Formulário de dados pessoais

NOME:

IDADE:

ESCOLARIDADE:

PROFISSÃO:

FUNÇÃO:

Técnico de Enfermagem ()

NOME DA INSTITUIÇÃO ONDE FOI REALIZADO CURSO DE TÉCNICO ENFERMAGEM:

TEMPO DE FORMADO:

TURNO DE TRABALHO:

Manhã () Tarde () Noite ()

SETOR DE TRABALHO NO HC:

TEMPO DE TRABALHO NO HC:

APÊNDICE C – Agenda dos grupos focais

Grupo de técnicos de enfermagem

Reunião 1

Data:

Hora do início e término: recepção dos participantes pela pesquisadora e auxiliar de pesquisa; entrega dos crachás e convite para lanche; apresentação da pesquisadora, auxiliar de pesquisa e componentes do grupo; estabelecimento do contrato e objetivo da pesquisa; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, preenchimento de ficha de dados pessoais.

Tema para discussão: SAE.

Apresentação do fragmento de um filme sobre o cuidado.

Questões:

O que você pensa a respeito da SAE no seu processo de trabalho?

Como é sua inserção nessa metodologia de trabalho?

De que forma o TE contribui para o sucesso dessa metodologia?

Reunião 2

Data:

Hora do início e término: recepção dos participantes pela pesquisadora e auxiliar de pesquisa; entrega dos crachás e convite para lanche;

Síntese do encontro anterior:

Tema para discussão: Competências do TE para implementar a SAE.

Questão:

Que competências são necessárias em um técnico de enfermagem para a prática da SAE?

Reunião 3

Data:

Hora do início e término: recepção dos participantes pela pesquisadora e auxiliar de pesquisa; entrega dos crachás e convite para lanche;

Síntese do último encontro.

Tema para discussão: Formação das competências.

Questões: Como foi o aprendizado sobre a SAE?



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 07-203

Versão do Projeto: 15/06/2007

Versão do TCLE: 15/06/2007

Pesquisadores:

MIRIAM DE ABREU ALMEIDA

ANDREA DE MELLO PEREIRA DA CRUZ

Título: COMPETÊNCIAS DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 21 de junho de 2007.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CFP-HCPA