

ALOISIA PIMENTEL BARROS

***Perfil do auxiliar de enfermagem
que atua na assistência à crianças
e adolescentes internados em
Hospitais do Recife-PE***



**RECIFE
2003**

ALOISIA PIMENTEL BARROS

**Perfil do auxiliar de enfermagem que atua
na assistência à criança e adolescentes
*Internados em hospitais do Recife-PE***

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente do Departamento Materno Infantil do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente

Orientadora:

Profª Dra. Emília Pessoa Perez



**RECIFE
2003**

Barros, Aloísia Pimentel

Perfil do auxiliar de enfermagem que atua na assistência à crianças e adolescentes internados em hospitais do Recife- PE / Aloísia Pimentel Barros. – Recife : O Autor, 2003.

xii, 88 folhas : il., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde da Criança e do Adolescente, 2003.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Auxiliar de enfermagem – Perfil e educação continuada. 2. Saúde – Criança e adolescentes. I. Título.

**614.235.5
610.730693**

**CDU (2.ed.)
CDD (21.ed.)**

**UFPE
BC2003-190**

“A vida não espera de nós sacrifícios inatingíveis, ela apenas pede que façamos nossa jornada com alegria no coração para que possa ser uma bênção para todos aqueles que nos rodeiam”.

Eduard Bach

Dedicatória

Ao meu pai, Luiz (in memorian), que apesar de todas as dificuldades, soube vencê-las para me fazer chegar até aqui.

À minha mãe, Benedita, e irmãos, Aloísio (in memorian), Sivoney, Anaísa, Analice e KiKo pela força, apoio e incentivo para que não desistisse dos meus sonhos.

Ao meu marido, José Filho, pelo eterno companheirismo, por mais uma vez ter dividido comigo o peso dos obstáculos ao longo do caminho.

Aos meus filhos, Gabriel e Beatriz, que são a minha luz, a minha essência, o meu caminho, a minha vida. Por me fazerem sentir o que é o amor verdadeiro e incondicional, ou seja, o que é ser mãe.

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof^a Dra. Emília Pessoa Perez, por sua dedicação e gosto pelo ensino.

Às coordenadoras do Mestrado de Pediatria, Professoras Gisélia Alves e Marília Lima, e a todos os professores, pela paciência e valiosos conhecimentos transmitidos.

A todos os colegas do Mestrado: Rosane, Karla, Sandra, Paulo e Aldo, pelos momentos inesquecíveis de dúvidas, aflições, mas sobretudo, de alegrias, apoio e cumplicidade.

Ao Deptº de Enfermagem da UFPE, em especial ao grupo materno-infantil representado nas pessoas de Joana Araújo, Marly Javorski e Luciana Leal, pela convivência prazerosa e espírito de luta pela qualidade da assistência de Enfermagem.

À Carmina Santos, Jaciara Romão e Ladjane Frazão, pelo apoio e amizade irrestritos em todas ocasiões ao longo desses anos.

À Marcela Barbosa, pela preciosa contribuição para conclusão deste trabalho.

À Paulo, secretário do mestrado, pela presteza no atendimento das nossas necessidades, pela colaboração inestimável na organização e edição deste trabalho.

Aos Auxiliares de Enfermagem, pela aceitação e entusiasmo com que participaram do estudo, pela dedicação e respeito aos cuidados prestados à criança, pela esperança que os resultados, deste trabalho que é nosso, possam contribuir para melhoria da qualidade da assistência que prestamos.

Sumário

LISTA DE TABELAS	VIII
RESUMO	IX
ABSTRACT	XI
	pg
1. INTRODUÇÃO	01
1.1 O Auxiliar de Enfermagem no Contexto Histórico da Saúde e da Enfermagem	03
1.2 Trabalho, Educação e Enfermagem	28
2. OBJETIVOS	38
3. SUJEITOS E MÉTODO	39
3.1 Local e População do estudo	39
3.2 Desenho do estudo	40
3.3 Estudo piloto	40
3.4 Coleta de dados	41
3.4.1 Instrumento de coleta de dados	41
3.4.2 Procedimentos para coleta de dados	41
3.5 Critérios de inclusão da amostra	42
3.6 Critérios de exclusão da amostra	42
3.7 Variáveis de análise	42
3.7.1 Dados demográficos	42
3.7.2 Dados sociais	43
3.7.3 Dados da formação acadêmica e profissional	43

	pg
3.7.4 Dados econômicos	44
3.7.5 Dados da organização profissional	44
3.7.6 Dados da educação permanente	45
3.8 Processamento dos dados	46
3.9 Aspectos éticos	47
4. RESULTADOS	48
4.1 Características demográficas e sociais dos Auxiliares de Enfermagem	48
4.2 Características da educação formal dos Auxiliares de Enfermagem	51
4.3 Características econômicas dos Auxiliares de Enfermagem	53
4.4 Características profissionais e da educação permanente dos Auxiliares de Enfermagem	55
5. DISCUSSÃO	62
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
7. RECOMENDAÇÕES	79
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
9. ANEXOS	88

Lista de Tabelas

	pg
Tabela 1 – Distribuição dos Auxiliares de Enfermagem que cuidam de crianças e adolescentes internados, de acordo com os aspectos sociais e demográficos, Recife, 2002.	49
Tabela 2 – Distribuição dos Auxiliares de Enfermagem que cuidam de crianças e adolescentes internados, de acordo com os aspectos da formação acadêmica e profissional, Recife, 2002.	51
Tabela 3 – Distribuição dos Auxiliares de Enfermagem que cuidam de crianças e adolescentes internados, de acordo com os aspectos econômicos, Recife, 2002.	53
Tabela 4 – Distribuição dos Auxiliares de Enfermagem que cuidam de crianças e adolescentes internados, de acordo com os aspectos da organização profissional, Recife, 2002.	55
Tabela 5 – Distribuição dos Auxiliares de Enfermagem que cuidam de crianças e adolescentes internados, de acordo com os aspectos da organização profissional, Recife, 2002.	57
Tabela 6 – Distribuição dos Auxiliares de Enfermagem que cuidam de crianças e adolescentes internados, de acordo com os aspectos da educação permanente, Recife, 2002.	59

Resumo

Ao se desejar organizar processos educativos nos serviços de saúde, alguns fatores devem ser considerados, como, por exemplo, o conhecimento das características dos agentes para os quais o processo está sendo direcionado. O presente trabalho tem por objetivo caracterizar o perfil do Auxiliar de Enfermagem que atua na assistência à crianças e adolescentes de 0 a 13 anos internados em hospitais do Recife-PE. Realizou-se um estudo descritivo em quatro hospitais da cidade do Recife-PE, cuja população foi constituída por 411 Auxiliares de Enfermagem que atuavam nos setores voltados à clientela infantil. Os dados foram coletados mediante aplicação de um questionário no período de abril a julho de 2002. Os resultados mostram que os Auxiliares de Enfermagem que atuam com o paciente pediátrico possui o seguinte perfil: população predominantemente feminina, com idade variando entre os 27 e 38 anos, ensino médio completo. Católicos, casados, e dois filhos em média. Renda pessoal mensal em torno de 1 a 3 salários mínimos, sendo esta às vezes, a principal renda de sustento da família. A grande maioria realizou o curso profissionalizante em escolas particulares, relatando como motivos principais, pela escolha do curso, a afinidade pela área e o mercado de trabalho. A maioria tem um só emprego e referiu que não possuía experiência com pediatria, quando começou a trabalhar com esta clientela. O número de horas trabalhadas por semana é em torno de 30 a 40 h, com predominância do turno diurno. As principais dificuldades encontradas na profissão foram: o salário e a falta de reconhecimento profissional, mas a grande maioria referiu se sentir realizada

profissionalmente. Em relação à educação permanente, 73% já participou de programas de educação continuada, embora estes não tenham sido direcionados, em sua grande maioria, para a área de atuação específica, no caso pediatria. A última participação da amostra em tais eventos ocorreu entre seis e doze meses atrás, embora uma porcentagem importante tenha referido a sua última participação, há mais de dois anos. Segundo os entrevistados, as instituições para qual trabalham já realizaram programas de educação específicos em pediatria, mas não os liberam para participar de eventos educacionais, em outros locais. Com o conhecimento do perfil do Auxiliar de Enfermagem, que atua com a criança e o adolescente nestas instituições, espera-se contribuir ou estimular o planejamento e organização de programas de educação continuada, para estes profissionais, com o objetivo de mantê-los atualizados e qualificados, proporcionando assim conforto, bem-estar e qualidade de vida para seus pacientes.

Abstract

Intending to organize educational process on health services, some factors should be considered, like, for example, the knowledge of the characteristics of the agents to which the process is being directed. This present paper has the objective of characterize the profile of nurses that works in assistance to children and adolescents who are between 0-13 years old hospitalized on the city Recife-PE. We did a descriptive study in 4 hospitals of Recife-PE, of which the population was 411 nurses that worked in sectors directed to infantile clients. The data were collected by the application of a questionnaire in the period from April to July of 2002. The results found in the actual research showed that the nurses that work with the pediatric patient have as characteristics: population mostly compounded by women, with age between 27 and 38 years old, medium level completed. They were Catholics, married, with an average of two children. Their personal income was between 1 and 3 minimum salary, being sometimes the main income of the family. The biggest majority did the specialization course on private schools, giving as main motive to choose the course, the affinity by the area and the works field. The majority have only one job and told that had no experience with pediatrics when started working on it. The total working hours per week between 30-40h, with the prevalence of daily work. The main difficulties found on the profession were the salary and the unrecognized work. But the biggest majority referred to be happy with the profession. In relation to the permanent education, 73% have already participated of continuous educational

programs, although those have not being directed, on the majority, to their specific area of actuation, pediatrics in the case. The last participation of these professionals on these programs was between six and twelve months ago, even so a big part of them referred the last participation more than two years ago. According to the interviewed, the institution to which they work have already done specifics programs on pediatrics, but do not let them leave the institution to do courses outside it. With the knowledge of the characteristics of the nurses that work with children and adolescents on these institutions, we hope to contribute or stimulate the plan and organization of continuous educational programs to these professionals with the objective of keep them actualized and qualified, propitiating comfort, well being and quality of life to these patients.

1 – Introdução

A Enfermagem é uma ciência, representada por uma prática social cujas atividades buscam levar à comunidade uma melhor condição de saúde e vida, sendo esta uma profissão legalmente constituída por três categorias (Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem), conforme regulamenta a Lei do Exercício Profissional. O Enfermeiro é o responsável pela coordenação, supervisão e gerenciamento da equipe de Enfermagem.

Atualmente, manter a qualidade da assistência de Enfermagem constitui um grande desafio para os Enfermeiros. Na busca de uma assistência qualificada e, conseqüentemente, uma melhor política de trabalho, a educação encontra-se como um dos meios que conduzem a este fim. Para a Enfermagem, a educação em serviço representa um dos esteios que assegura a boa qualidade da assistência a ser prestada ao paciente, qualidade esta, acrescentada de alguns parâmetros, quando o paciente envolvido é uma criança ou adolescente.

A criança ou adolescente é um ser completo do ponto de vista biopsicossocial, tem entendimento e necessidades próprias a cada uma das suas fases de evolução, e dentro do processo de crescimento e desenvolvimento, interage com o meio diferentemente do ser adulto.

A criança ou adolescente doente tem uma forma peculiar de comportamento e de reação ao meio. A hospitalização, pelas suas características, pode provocar alterações significativas no seu crescimento e desenvolvimento. Uma das maiores causas de sofrimento consiste na alteração do seu cotidiano. As alterações destacam-se, principalmente, pelas limitações às atividades recreativas próprias da infância e o absenteísmo, pois subitamente ela é afastada de seus familiares, sua casa, seus amigos e brinquedos, e é introduzida num ambiente desconhecido, com pessoas estranhas ao seu redor invadindo sua privacidade, instalando em seu corpo fios, tubos, sondas, em prol do seu tratamento.

Atender a criança ou adolescente doente requer um apurado preparo profissional, sensibilidade para uma constante avaliação do sucesso dos cuidados prestados, bem como a antecipação das suas necessidades, quer tenham ou não sido verbalizado. Observar o paciente, seu estado de humor e a disposição com que reage à assistência prestada são de grande importância na avaliação da qualidade requerida.

Como a experiência profissional da pesquisadora é nesta área de atuação, a mesma constata na prática que para tal avaliação é preciso que os profissionais que compõem a equipe de Enfermagem, especificamente os de nível médio, tenham competência diferenciada da mera execução de tarefas, o que sugere mudança na capacitação profissional. O passo inicial para alcançar êxito nessa capacitação é conhecer o objeto para quem ela se direciona. Daí, o estudo dirigir-se para as seguintes questões: Quem é o Auxiliar de Enfermagem que atua na assistência à criança? Como ele trabalha? Quantos vínculos empregatícios possuem? Como anda sua educação permanente?

Assim, diante desta problemática e pela disponibilidade de poucas pesquisas na área, o presente estudo procura a partir dos resultados, servir de ponto de apoio ou estímulo aos programas de educação continuada direcionados para esse profissional, programas estes

que se bem planejado e organizado, capacita o profissional, tornando-o competente e conhecedor de suas aptidões, aprimorando-se desta forma e reconhecendo suas responsabilidades frente ao exercício profissional.

1.1 - O Auxiliar de Enfermagem no Contexto Histórico da Saúde e da Enfermagem.

Desde seus primórdios, a Enfermagem vem exercendo um trabalho fruto de uma formação em que, o modelo de assistência está centrado na execução de tarefas e procedimentos rápidos e eficientes, comandado por rígida disciplina. Na sua trajetória histórica sofreu diversas influências, que foram moldando seu perfil (GEOVANINI et al, 2002).

Com o evoluir dos tempos, o homem alia o conhecimento dos meios de cura ao misticismo. Sempre em articulação com as estruturas sociais das diferentes civilizações, as práticas de saúde foram se difundindo e se diferenciando. É a partir da Grécia clássica que acontecimentos importantes permitem a compreensão da sua evolução. Em relação à Enfermagem, as únicas referências dessa época estão associadas a práticas domiciliares de partos e a atuação pouco clara de mulheres de classe social elevada, que dividiam as atividades dos templos com os sacerdotes (SANTOS E GAUTHIER, 1999).

No final do século V e princípio do século IV a.C, o mundo grego sofre profundas transformações morais e espirituais. As ruínas e o sofrimento ocasionados pelas guerras sagradas, colocam em dúvida o supremo poder dos deuses. Os progressos da ciência e da filosofia desviam as elites das velhas crenças e o individualismo estende-se por toda parte (FIGUEIRA, 2002).

A tradição romana considerava a prática médica como indigna a seus cidadãos e os estrangeiros que se dedicavam a essa prática,

freqüentemente, eram escravos. Porém, a superioridade dos gregos na arte de curar foi, gradualmente reconhecida, e os escravos, que tomaram para si essa prática, foram pouco a pouco sendo aceitos e absorvidos na sociedade. A influência romana nas práticas de saúde tem destaque na área de higiene e saneamento, através de grandes obras públicas que foram construídas na época. Não há caracterização da prática de Enfermagem nesse tempo (CECCIN, 1998).

Para Linhares (2001) nos primeiros séculos do período cristão, as práticas de saúde sofrem a influência dos fatores socioeconômicos e políticos do medievo e da sociedade feudal. Ocorrem períodos de notáveis progressos, mas também de retrocesso. Marcado pelas guerras bárbaras que deram início à devastação da Europa ocidental e à queda do Império Romano, esse período é retratado como palco de grandes lutas políticas e de corrupção de hábitos. As grandes epidemias de sífilis, lepra, flagelos que paralisaram a vida política e social, assim como os terremotos e inundações, reforçam as superstições e as crendices que voltam a prosperar, apoiadas na ignorância coletiva.

A necessidade do auxílio e da redenção aos sofrimentos, aliada a sensibilidade mística do povo, encontra expressão na religião cristã que começa a progredir. Nesse período de fervor religioso, muitos leigos, movidos pela fé cristã, voltam suas vidas para a prática da caridade, assistindo os pobres e os enfermos por determinação própria. Assim, são criadas inúmeras congregações e ordens seculares, em favor da associação da assistência religiosa com a assistência à saúde. É desta maneira que as ordens e congregações passam a assumir a liderança na construção de hospitais e na assistência hospitalar, ligando definitivamente a prática de saúde aos mosteiros (FOUCAULT, 1987).

Quanto à prática de Enfermagem; afirma Machado (1999) que é a partir do aparecimento das ordens religiosas, em razão da forte motivação cristã que movia as mulheres para a caridade, a proteção e a

assistência aos enfermos; que ela começa a aparecer como uma prática leiga e desvinculada de conhecimentos científicos. Por muitos séculos, a Enfermagem foi praticada pelas mãos de religiosas e abnegadas mulheres que dedicavam suas vidas à assistência aos pobres e doentes. As atividades eram centradas no fazer manual e os conhecimentos transmitidos por informações acerca das práticas vivenciadas .

Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar do tempo, foram, aos poucos, legitimados e aceitos pela sociedade como características inerentes à Enfermagem. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos deste tipo vieram consolidar-se como herança dessa época remota, dando à Enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio (GEOVANINI et al, 2002).

Após atingir o auge do desenvolvimento, o regime feudal iniciou sua decadência, em razão das mudanças revolucionárias, ocasionadas pelo progresso contínuo das grandes cidades e pelo retorno do comércio com o Oriente. O aparecimento de fortes monarquias, como França e Inglaterra, suscitou uma série de atos políticos que enfraqueceram, seriamente, a estrutura feudal. Do final do século XIII ao início do século XIV, o declínio do feudalismo consolida-se dando lugar a estados nacionais de governo absoluto pautado na centralização política (FIGUEIRA, 2002).

A renascença surge na Itália em meio a turbulências políticas e rebeliões, e, por sua profunda significação, acaba por expandir-se pelos demais países, constituindo a etapa mais decisiva de toda a história do pensamento científico (DIAS, 1991).

Com o humanismo da renascença, as práticas de saúde avançam para a objetividade da observação e da experimentação, voltando-se mais para o cliente que para os ensinamentos literários. Desta forma, priorizou-se o estudo do organismo humano, seu comportamento e suas doenças.

Acompanhando as descobertas anatômicas, a cirurgia também faz notáveis progressos. As universidades multiplicam-se, impulsionadas pelo crescimento das cidades, pela riqueza e poder que elas acumulam (CAMBRIDGE, 2001).

Segundo o autor, as práticas de saúde, antes monásticas e enclausuradas, vão, cada vez mais, passando das mãos do clero para as mãos dos leigos e, até a fundação das primeiras universidades, torna-se, quase que totalmente, uma atividade leiga. A prática médica, por muito tempo ligada aos claustros, conserva na universidade a lembrança dessas origens e herda do clero, os privilégios didáticos que favorecem a criação das cátedras de medicina, o que contribuiu para reforçar sua hegemonia. A exigência de formação universitária para o exercício da Medicina e o amparo de leis e estatutos vigorosos, consolida o status social da categoria.

Ao sair do monastério para a universidade, a prática médica encontrou um refúgio seguro que possibilitou sua evolução. O mesmo não aconteceu com a Enfermagem que viria sofrer, diretamente, todas as consequências dos movimentos religiosos que se anunciavam. A Reforma Protestante teve grande repercussão sobre a Enfermagem, uma vez que a mesma estava agregada à prática religiosa (GEOVANINI et al, 2002).

De acordo com estes autores dentre os efeitos perniciosos da Reforma, o mais marcante foi a Inquisição, desencadeada pelo fanatismo que obcecava os espíritos dos reformadores. A crença em satanás e a superstição da feitiçaria resultaram numa série de perseguições que culminaram na queima de “feiticeiras e bruxos”, justificada e instituída pelo sadismo dos tribunais de magistrados.

Como resultado dos conflitos, ocasionados por esses movimentos, inúmeros hospitais cristãos foram fechados e as religiosas que cuidavam dos doentes foram expulsas, sendo substituídas por mulheres de baixo nível moral e social, que se embriagavam, deixando os enfermos

entregues a sua própria sorte. O hospital, já negligenciado, passa a ser um depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças coabitam as mesmas dependências, amontoados em leitos coletivos (CAMBRIDGE, 2001).

Nesse ambiente de miséria e degradação humana, “as pseudo-enfermeiras” desenvolviam tarefas essencialmente domésticas, recebendo um parco salário e uma precária alimentação por um período de 12 a 48 h de trabalho ininterrupto. Sob exploração deliberada, o serviço de Enfermagem é confundido com o serviço doméstico e, pela queda de padrões morais que o sustentava, tornou-se indigno e sem atrativos para as mulheres de nível social elevado. As condições políticas, o baixo nível de qualidade das práticas de saúde e a posição considerada inferior da mulher na sociedade, contribuíram para o desprestígio da Enfermagem durante o período compreendido entre os séculos XVI e XVII, caracterizando sua fase de decadência (GEOVANINI et al, 2002).

No despertar da era moderna, as nações ocidentais viram-se condicionadas por fatores que deflagraram uma nova filosofia econômico-política que viria mudar, substancialmente, as relações de produção e romper, definitivamente, com os vínculos remanescentes do feudalismo. Tais fatores resultaram da Revolução Francesa (1789-1799) que persistiu na tentativa de implantação de um sistema político que se baseava no nacionalismo, no individualismo econômico e no princípio da soberania das massas, contra a tirania das monarquias de poder absoluto. Muitas guerras aconteceram na busca destes ideais, que eram alimentados pelos grandes pensadores da época e difundidos de diferentes formas, segundo os interesses de cada causa (FIGUEIRA, 2002).

Enquanto a revolução intelectual da filosofia e da ciência contribuía para a dissolução dos velhos preconceitos e para a construção de uma sociedade mais liberal e mais humana, a industrialização manufatureira explorava mulheres e crianças que, sob condições subhumanas,

trabalhavam árdua e sistematicamente em favor da riqueza e do poder político da burguesia, que passou a ser a classe econômica dominante (FIGUEIRA, 2002).

As universidades, apesar de permanecerem enclausuradas e elitistas, estavam agora mais liberadas do controle religioso e político, e nessa época tiveram um grande avanço, modernizando-se e difundindo melhor a cultura. Isto veio apressar a organização do corpo de conhecimentos da Medicina que crescia vertiginosamente com as descobertas anatomopatológicas e terapêuticas. A pesquisa toma um ritmo mais acelerado, reassociando a teoria à prática médica. Entretanto, essa rápida ascensão não evitou, que ao lado de nomes ilustres, uma vasta legião de charlatões e empíricos fizesse do povo crédulo e ainda ignorante, alvo de seus falsos remédios e de suas práticas dúbias. (CAMBRIDGE, 2001).

Assegura o mesmo autor que, muitos desses charlatões eram aprovados por faculdades que funcionavam na clandestinidade, expedindo diplomas oficiosos. Contudo, os verdadeiros médicos, investiram contra esses cidadãos e em várias cidades, onde se faziam sentir os resultados negativos dessa prática, foi estabelecida uma norma de controle sobre os que pretendiam exercer Medicina.

Aliado aos interesses políticos, o avanço da Medicina vem favorecer a reorganização dos hospitais que agora iriam desempenhar importante papel, não só como agentes da manutenção de força de trabalho, mas também como empresas produtoras de serviços de saúde. Assim, é na reorganização da instituição hospitalar e no posicionamento do médico, como principal responsável por esta reorganização, que vamos encontrar as raízes do processo de disciplinarização e seus reflexos na Enfermagem, ao ressurgir da fase sombria em que esteve mergulhada até então (PAIXÃO, 1986).

Segundo Machado (1999) e Geovanini et al (2002), quando ocorreu a institucionalização da Enfermagem, as ações burocráticas que favoreceram esse estado, fizeram parte da prática administrativa do enfermeiro, e este foi envolvido com um número considerável de instrumentos normativos e regimentais que o afastaram progressivamente da assistência direta ao paciente, acrescentando ainda que a evolução crescente dos hospitais não melhorou suas condições de salubridade, comenta-se mesmo que foi a época em que estiveram sob piores condições, devido, principalmente, a predominância de doenças infecto-contagiosas e a falta de pessoas preparadas para cuidar dos doentes.

Ceccin (1998) relata que é nesse cenário que a Enfermagem passa a atuar, quando então Florence Nightingale (1820-1910), que faz parte da elite econômica e social, e possuía algum conhecimento de Enfermagem, é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na guerra da Criméia (1854-1856) e que, por falta de cuidados, morriam em grande número nos hospitais militares, chamando a atenção das autoridades inglesas.

Segundo a historiografia, Florence era portadora de grande aptidão vocacional para cuidar de doentes e foi a precursora dessa nova Enfermagem que, como a Medicina, se encontrava vinculada à política e a ideologia da sociedade capitalista. Em razão da imagem negativa que a Enfermagem trazia até então, era necessário que se reconstruísse um novo perfil profissional que deveria obedecer aos princípios impostos pela nova realidade social (CECCIN, 1998; GEOVANINI et al, 2002; LIMA, 1993; MOREIRA, 1990; PAIXÃO, 1986).

O padrão moral e intelectual das mulheres que partiram com Florence, para esse tipo de atividade, era submetido a exame criterioso. Elas deveriam ter abnegação absoluta, altruísmo, espírito de sacrifício, integridade, humildade e, acima de tudo, disciplina (GEOVANINI et al, 2002; MOREIRA, 1990; PAIXÃO, 1986).

Após a guerra da Criméia, Florence criou uma escola de Enfermagem, que serviu de modelo para as demais escolas fundadas posteriormente. A disciplina rigorosa, do tipo militar, era uma das características da escola nightingaleana, bem como a exigência de qualidades morais das candidatas, além de estabelecer que a direção da Escola deveria ser entregue a uma enfermeira. O curso, de um ano, consistia de aulas diárias ministradas por médicos. Nas primeiras escolas de Enfermagem, o médico foi de fato a única pessoa qualificada para ensinar, a ele cabia então decidir quais das suas funções poderia colocar nas mãos das enfermeiras (GEOVANINI et al, 2002; PAIXÃO, 1986).

A Enfermagem, a partir de então, surge não mais como uma atividade empírica, desvinculada do saber especializado, mas como uma ocupação assalariada que vem atender a necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica (GEOVANINI et al, 2002).

As escolas nightingaleanas formavam duas categorias distintas de enfermeiras: as “*ladies*” que procediam de classe social mais elevada e que desempenhavam funções intelectuais, representadas pela administração, supervisão, direção e controle dos serviços de Enfermagem; e as “*nurses*” que pertenciam aos níveis sociais mais baixos e que, sob a direção das *ladies*, desenvolviam o trabalho manual da Enfermagem (GEOVANINI et al, 2002; MACHADO, 1999; MOREIRA, 1990; PAIXÃO, 1986).

A partir daí torna-se evidente a dicotomia entre o trabalho manual e o intelectual na Enfermagem. O trabalho manual, considerado inferior, podendo ser executado por pessoas socialmente inferiores, excluídas do pensar; e o trabalho intelectual, considerado superior, requeria pessoas advindas de camadas elevadas da sociedade (RESENDE, 1996).

Esta divisão entre o saber e o fazer na Enfermagem foi resultado da influência da burguesia do século XIX, refletida na divisão social do trabalho. Esta situação laboral, veio atender ao modo de produção capitalista. A operacionalização das técnicas em rotinas reforçou o rendimento do trabalho e trouxe instrumentos para o domínio do enfermeiro (intelectual) sobre o pessoal auxiliar (trabalhador manual). Ficou claro que aos auxiliares e técnicos competia a execução do cuidado, segundo as rotinas do trabalho, e ao enfermeiro cabia o domínio do conhecimento que fundamentava a técnica. Tudo favorecia o sistema de produção capitalista, o método era aparentemente perfeito e, sobretudo, enquadrado no modelo cartesiano da ciência (MELO, 1986).

No Brasil, somente com a chegada do Príncipe Regente é que o ensino médico teve início. A primeira forma de assistência aos doentes após a colonização foi estabelecida pelos padres jesuítas, que aqui vieram em caráter missionário. A assistência aos doentes é então prestada pelos religiosos em enfermarias nas proximidades dos colégios e conventos. Posteriormente, voluntários e escravos também passam a executar essa atividade nas Santas Casas de Misericórdia. A prática da Enfermagem, era por esse tempo, doméstica e empírica, mais mística que técnica, atendendo prioritariamente a fins lucrativos. Seus executores eram, na maioria, do sexo masculino (GEOVANINI et al, 2002).

Antes da chegada da corte, num ambiente com tão pouca atenção para a saúde, era de se esperar o aparecimento de grandes surtos de doenças. O combate a essas epidemias ensejou o surgimento de fatos importantes, alguns relacionados com a Enfermagem como a atuação de Francisca de Sande, considerada a primeira enfermeira voluntária do Brasil. Viúva, rica e poderosa, chegou a abrir um hospital em sua própria casa, onde prestou cuidados de Enfermagem a muitos doentes, responsabilizando-se ainda pelo pagamento dos médicos e compra de remédios (MELO, 1986).

A mudança da Corte para o Brasil traz grandes transformações que repercutem nas áreas da economia e da saúde. Com a Abertura dos Portos, chegam comerciantes estrangeiros, além de imigrantes europeus, iniciadores dos núcleos coloniais. É fundada a Escola de Cirurgia da Bahia, em 1808. Um ano depois, é criado o cargo de Provedor-Mor de Saúde, que passa a assumir o controle das medidas de higiene pública. Em 1810, os médicos iniciam sua luta pelo controle do ensino e do direito ao título de médico. Com a elevação do Brasil a Reino Unido (1815), já havia a compreensão de que, para que pudessem sustentar a corte e serem utilizados, os súditos precisavam ter saúde. A partir de 1822, com a Proclamação da Independência, incentiva-se a vinda de imigrantes, e com isso, completa-se o quadro da grande massa de trabalhadores brasileiros (CAMBRIDGE, 2001).

Este autor refere que nesta mesma época várias epidemias eclodem no Rio de Janeiro e em Santos: varíola, gripe, febre tifóide e febre amarela. A Câmara Municipal do Rio de Janeiro, agora responsável pela higiene pública, após a extinção da Provedoria de Saúde, é acusada de inércia. A Sociedade de Medicina, fundada em 1830, dá continuidade à luta pela legalização do ensino médico e pela defesa da ciência médica. O charlatanismo é intensamente criticado, enquanto a verdadeira medicina é relacionada com a liberdade, a boa educação, a moral e os bons costumes. A preocupação com a saúde pública leva a Sociedade de Medicina a criticar e assessorar as medidas de higiene das Câmaras Municipais.

A saúde emerge como questão social paralelamente ao desenvolvimento da economia cafeeira e do primeiro surto industrial brasileiro, por volta de 1840. Em 1858, ano da eclosão da primeira greve operária brasileira, Florence Nightingale publica o livro *Notas sobre Hospitais*, na Inglaterra. Em 1859, dando prosseguimento ao seu trabalho, ela publica *Notas sobre Enfermagem*. A importância do trabalho de Florence foi de tal modo reconhecida que, pela Convenção de Genebra de 1864, os países do continente europeu deveriam empreender a melhoria da atenção

de Enfermagem, com base na implantação do sistema Nightingale, mais tarde difundido na América do Norte (1873), e só quase 60 anos depois trazido para o Brasil. No entanto, o ano de 1864 marca o início da Guerra contra o Paraguai e é nela que emergirá o símbolo da Enfermagem brasileira (PAIXÃO, 1986).

A Guerra do Paraguai (1864-1870) trouxe, entre outras coisas, a morte de 75% do povo paraguaio e o aumento da dependência econômica brasileira junto à Inglaterra. Foi nela que surgiu aquela que seria a “Mãe dos Brasileiros” e a primeira enfermeira voluntária de guerra do país. Ana Justina Ferreira Néri (1814-1880), natural de Cachoeira-BA, viúva, aos 30 anos, de um oficial da armada, mãe de três filhos (dois médicos militares e um oficial do exército), oferece-se, as vésperas de seus 51 anos, ao governador da província, para cuidar dos soldados feridos, nos hospitais do Rio Grande do Sul. Ela se dispõe a isso pelo fato de que vários parentes seus, inclusive irmãos e até seus filhos, já se encontravam servindo no conflito (MACHADO, 1999; MELO, 1986; MOREIRA, 1990).

Diante da aceitação da sua oferta, Ana Néri inicia sua viagem para a guerra e realiza, junto aos soldados brasileiros, o serviço que lhe valeu a gratidão expressa no cognome que lhe foi atribuído, além de duas condecorações e uma pensão anual concedida por D. Pedro II, e ainda a homenagem, anos mais tarde, de ter seu nome atribuído à primeira escola-padrão de Enfermagem (MELO, 1986).

Após a Guerra do Paraguai, mais imigrantes europeus chegam ao Brasil. O negro escravo já não existe em quantidade suficiente para a lavoura. Nem sabe montar, operar e fazer a manutenção das novas máquinas estrangeiras, financiadas pelo governo brasileiro para instalação de engenhos centrais. Como os custos dessa imigração tornam-se elevados, o governo brasileiro atende aos cafeicultores, subvencionando-a. Com isso, a mesma se intensifica de tal modo, que somente em relação aos italianos, estima-se que, cerca de mais de 200.000 deles vieram para o Brasil só no

ano de 1888. Substituía-se, assim, aos poucos, o trabalho escravo pelo assalariado (MELO, 1986).

Desde 1855 já havia registros da atuação de enfermeiros no Hospício de Alienados de Pedro II, sob inspeção das irmãs de caridade. Nessa época a disputa pela ampliação do poder médico, no Hospício de Pedro II, fica mais acirrada, o que resulta, anos depois, na saída das irmãs de caridade, a quem os enfermeiros eram subordinados, e na criação da primeira escola de Enfermagem do Brasil (1890), posteriormente Escola Alfredo Pinto, atualmente da UNI-RIO. O curso da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, como foi inicialmente denominada pelo Decreto nº 791 de 27 de setembro de 1890, tinha dois anos de duração. Destinava-se, prioritariamente, à formação de enfermeiros de ambos os sexos, para trabalhar no Hospício e foi estruturada segundo o modelo da escola francesa de Salpêtrière. Conhecer um pouco de aritmética, saber ler e escrever eram as únicas exigências feitas aos candidatos ao curso (MOREIRA, 1990).

Ao ser deflagrada a I Guerra Mundial (1914), como consequência pela hegemonia imperialista, a Cruz Vermelha Brasileira, em consonância com o movimento internacional de auxílio aos feridos de guerra, passa a preparar voluntários para o trabalho de Enfermagem. Excluindo esta forma de participação, são inexpressivas as referências encontradas com relação à influência da I Guerra Mundial na profissionalização da Enfermagem brasileira. Em todos esses cursos, as aulas foram por muito tempo ministradas por médicos e na maioria deles, também a direção esteve a cargo deste profissional, só passando às mãos das enfermeiras em épocas mais recentes. Na Escola Alfredo Pinto, somente em 1943, decorridos 53 anos da sua criação, o curso de Enfermagem passou a ser dirigido por enfermeiras, uma das recomendações de Florence Nightingale 83 anos antes (MOREIRA, 1990; GEOVANINI et al, 2002; PAIXÃO, 1986).

A questão saúde passa a constituir um problema sócio-econômico, a partir do momento em que as doenças infecto-contagiosas começam a propagar-se rápida e progressivamente, tomando grandes proporções nos principais núcleos urbanos. Paradoxalmente, embora a necessidade emergente de pessoal fosse na área de saúde pública, a formação era, em grande parte, realizada na área hospitalar com o desenvolvimento de estágios prolongados nos hospitais. Por outro lado, o processo de desvinculação médica das associações religiosas e o processo de medicalização que se encontrava incipiente nos países latino-americanos, reforçavam a iniciativa dos Estados Unidos quanto à expansão dos programas de educação em Enfermagem (GEOVANINI et al, 2002).

É desta forma que a Fundação Rockefeller patrocina o projeto de organização do serviço de Enfermagem de Saúde Pública, no Brasil, sob orientação de enfermeiras norte-americanas. O governo americano, em concordância com o governo brasileiro, na pessoa de Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, manda para o Brasil algumas enfermeiras que organizam em 1923 a primeira escola de Enfermagem baseada na adaptação americana do modelo nightingaleano, a Escola de Enfermagem Ana Néri (GEOVANINI et al, 2002; MOREIRA, 1990; PAIXÃO, 1986).

A Escola de Enfermagem Anna Nery redimensionou o modelo da Enfermagem Profissional no Brasil. Ao selecionar para seus quadros, moças de camadas sociais mais elevadas, com o apoio de uma política interessada em fomentar o desenvolvimento da profissão em seu próprio benefício, atendeu diretamente ao projeto estabelecido pela esfera dominante passando a ser reconhecida como padrão de referência para as demais escolas (GEOVANINI et al, 2002).

Também a divisão social do trabalho em Enfermagem é aí delineada, uma vez que as novas enfermeiras eram preparadas para executar tarefas com maior nível de complexidade intelectual, que estariam

relacionadas com a classe social a qual pertenciam, ou seja, a Escola amplia as características próprias das candidatas de acordo com a posição hierárquica ocupada por elas na sociedade. Considerada como formadora de grupos de elite, a Escola tornou-se tradicional no contexto educacional brasileiro; e suas enfermeiras, consideradas padrão, durante muito tempo, personificaram a imagem da verdadeira enfermeira brasileira. Para muitas pessoas, ser enfermeira subentendia ser formada pela Escola Ana Néri. O fato de exigir da candidata um nível de escolaridade mais apurado, enquanto as outras escolas da época exigiam apenas conhecimento da leitura e da escrita, também colaborou para a formação da imagem elitista da Escola (GEOVANINI et al, 2002; MOREIRA, 1990).

Uma vez que aqueles critérios estavam fundamentados nos princípios trazidos pelas enfermeiras norte-americanas e que estes provinham do modelo nightingaleano, passou-se então a reproduzir o citado modelo com todas as características que lhes foram sendo impressas através da história, como: a submissão, o espírito de serviço, a obediência e a disciplina (CECCIN, 1998).

É importante ressaltar a fundação em 1926 da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, atual Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), pelas primeiras enfermeiras formadas pela Escola Ana Néri. O órgão foi juridicamente registrado em 1928 e filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem em julho de 1929. Suas comissões tiveram papel importante no desenvolvimento da Enfermagem brasileira, principalmente nos aspectos de legislação e educação (GEOVANINI et al, 2002).

A tentativa de hegemonia da Enfermagem moderna explicitou-se, assim, através da criação dessa Associação de Enfermeiras Diplomadas, que admitiam como sócias da entidade somente as enfermeiras diplomadas pela Escola Ana Néri. Enquanto a Enfermagem representada pela Escola Ana Néri tentava consolidar-se como a mais científica, alguns profissionais de Enfermagem, não formados pela referida escola acima, tentavam se

organizar em entidades que defendessem e representassem seus interesses (GEOVANINI et al, 2002; MOREIRA, 1990).

Esse foi o caso dos enfermeiros que trabalhavam na Marinha Mercante. A Associação dos Enfermeiros da Marinha Mercante foi fundada em 1929, e, três anos depois, transformou-se no Sindicato Nacional dos Enfermeiros da Marinha Mercante. Esse sindicato aceitava como filiados todos os profissionais que desenvolvessem ações de Enfermagem na Marinha Mercante, fossem ou não formados por escolas oficiais, contrariando assim, a tendência, então nascente na Enfermagem, de que cada subcategoria existente na época (enfermeiro padrão formado pela escola Ana Néri, enfermeiro prático, enfermeiro formado em outra escola) teria suas próprias organizações associativas e trabalhistas (LIMA, 1993).

A instalação do Ministério da Educação e Saúde ocorre em 1931, reconhecendo-se nele a responsabilidade para com a problemática educacional, cultural e de saúde da população. A Reforma de Francisco Campos e a Constituição de 1934 coroaram o período de intensa efervescência intelectual e política que fizeram eclodir o ensino secundário e a instalação de novas escolas e universidades. É atribuída à União, a competência privativa para traçar as diretrizes da educação e saúde nacionais, e a renda dos impostos dos estados e municípios, é vinculada a esses interesses (FREITAG, 1990).

Neste período, a Enfermagem profissional volta-se prioritariamente para a área de ensino e de saúde pública, enquanto nos hospitais predomina a prática leiga e subserviente da Enfermagem, desenvolvida por religiosos, mais conhecidos como “enfermeiros práticos” (GEOVANINI et al, 2002; PAIXÃO, 1986).

Em 1933, é criado o Sindicato dos Enfermeiros Terrestres, entidade corporativa dos enfermeiros, diplomados ou não, que estavam exercendo a profissão. Criado por enfermeiros não diplomados, e

estruturado segundo a legislação sindical do governo Vargas, foi denominado assim devido à existência do Sindicato dos Enfermeiros Marítimos. Iniciou-se então nessa época, na especificidade associativo-trabalhista, o conflito entre os agentes de Enfermagem, representado pelos enfermeiros práticos e o seu sindicato e, de outro, pelos enfermeiros diplomados e sua Associação. O que estava em jogo neste conflito era a direção intelectual e moral da Enfermagem, sua hegemonia (GEOVANINI et al, 2002; MOREIRA, 1990; PIRES, 1990; LIMA, 1993).

Foi assim que a atuação do Sindicato dos Enfermeiros Terrestres esbarrou nos interesses da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, que não aceitavam que profissionais não formados em escolas-padrão estivessem no mesmo nível hierárquico, ou tivessem os mesmos direitos de suas representadas (GEOVANINI et al, 2002).

Em 1946, é sancionado Decreto que cria o curso de Auxiliar de Enfermagem, implantado desde 1941 na Escola Ana Néri. Segundo a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, o pouco número de enfermeiras diplomadas e a necessidade de muitos profissionais fizeram com que fosse procurada uma solução emergencial, ou seja, a criação de um profissional hierarquicamente subordinado ao enfermeiro diplomado e que pudesse ser formado em menor tempo. Na realidade, a busca dessa solução emergencial fundamentou-se na concepção reinante entre as enfermeiras, baseada na Enfermagem nightingaleana dos Estados Unidos, que já previa a existência de mais de um nível profissional na equipe de Enfermagem. Tanto é que já existiam no país pelo menos seis agentes de Enfermagem (o prático de Enfermagem, o enfermeiro prático, a visitadora sanitária, a parteira, a parteira prática, as irmãs enfermeiras, etc.). Mas, a questão principal, é que todos esses agentes mencionados representavam uma Enfermagem combatida pela Associação de Enfermeiras Diplomadas. Restava a entidade contrapor-se não só atacando, mas também propondo uma solução global para o problema, onde a equipe seria composta de

novos agentes, com novas relações entre si (MELO, 1986; MOREIRA, 1990; PIRES, 1990).

Apesar da categoria ter sido planejada e criada por enfermeiras da Escola Ana Néri, diretoras da Associação de Enfermeiras Diplomadas, estabeleceu-se na Associação uma grande polêmica sobre qual relação deveria existir entre a Enfermeira e o Auxiliar de Enfermagem. Ainda em 1946, a Associação de Enfermeiras Diplomadas enviou ao Presidente da República um memorial solicitando reconhecimento da profissão e separação da carreira de Enfermeira da de Auxiliar de Enfermagem. E, como não poderia deixar de ser, novos conflitos originaram-se, agora entre a Enfermeira e o Auxiliar de Enfermagem. A despeito disso, paulatinamente, a Enfermeira diplomada assume a tutela do Auxiliar de Enfermagem, passando inclusive a representar seus interesses (GEOVANINI et al, 2002).

No VI Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em 1952, uma recomendação é dirigida às instituições de saúde, na qual menciona que nos países onde a Enfermagem necessitar de organização, poderá haver dois grupos de profissionais com uma só legislação, e que a liderança seja dada às diplomadas. Inicia-se então um processo que se estende até os dias atuais, onde as Enfermeiras tornam universais, na equipe de Enfermagem, suas concepções e necessidades, e os demais agentes reagem a tal processo, estabelecendo-se assim mais uma fonte de conflitos (MOREIRA, 1990).

Nota-se que as relações instituídas entre a Enfermeira e o Auxiliar são diferentes daquelas travadas entre a Enfermeira e os demais agentes da Enfermagem. Nestas há o predomínio de tutelamento; nas outras de competição. No tocante a relação entre o Sindicato e a Associação dos Enfermeiros, em 1949 a Associação de Enfermeiras Diplomadas resolve solicitar ao Ministério da Educação e Saúde que o título de Enfermeira seja dado exclusivamente às profissionais diplomadas por Escolas de Enfermagem reconhecidas. Essa investida torna-se ainda mais agressiva

após a promulgação da Lei 775/49, que estabelece o ensino de Enfermagem em dois níveis: um para o Enfermeiro, cujo curso teria a duração de 36 meses e outro para o Auxiliar de Enfermagem, com 18 meses, ambos funcionando em escolas de Enfermagem (GERMANO, 1993).

Nessa mesma ocasião, a Associação de Enfermeiras Diplomadas, em assembléia geral, decide solicitar junto ao Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina a retificação da designação de enfermeiros práticos para práticos de Enfermagem, e conseqüentemente, a substituição do nome, Sindicato dos Enfermeiros para a denominação, Sindicato dos Práticos de Enfermagem. Paralelamente, elabora e encaminha anteprojeto à Câmara Federal restringindo o exercício de Enfermagem aos Enfermeiros diplomados e Auxiliares de Enfermagem. Este anteprojeto sofreu emendas, oriundas provavelmente do Sindicato dos Enfermeiros, que invalidaram as intenções da Associação de Enfermeiras Diplomadas (GEOVANINI et al, 2002).

A partir de 1952, a Associação de Enfermeiras Diplomadas e o Sindicato de Enfermeiros iniciam um período de relações menos conflituosas. Ainda nesse ano, a Associação recebe do Sindicato dos Enfermeiros de São Paulo a proposta de defenderem, juntos, os interesses da Enfermagem, fato que é aceito pela diretoria da Associação. Esta mudança das relações, entre as entidades, é associada à consolidação da Enfermagem moderna e de seus representantes: a Enfermeira e o Auxiliar de Enfermagem. Houve adequação dos agentes oriundos da Enfermagem, dita tradicional, àquela que denominamos de moderna, ao mesmo tempo em que, ao tornar-se profissão de nível superior, a Enfermeira assegurou sua hegemonia (MOREIRA, 1990).

A partir daí pode-se afirmar que a Enfermagem configurou uma equipe, cujo processo de trabalho foi gradativamente parcelado e executado sob o comando do enfermeiro. As relações, então, estabelecidas entre os diversos agentes de Enfermagem são qualitativamente diferentes daquelas

desenvolvidas até esse momento. Esse processo de trabalho com sua respectiva divisão é consolidado ainda na lei 2604/55, que regulamenta o exercício profissional da Enfermagem. Segundo a referida Lei, a Enfermagem é composta por Enfermeiro (formado em escolas oficiais ou reconhecidas pelo governo), Auxiliar de enfermagem, Enfermeiro Prático e Parteira. A direção dos serviços de Enfermagem é de responsabilidade do Enfermeiro. Assim, estava temporariamente superada a contradição entre a Enfermagem moderna e a tradicional, com a hegemonia da primeira. Em relação a isto haveria algumas mudanças mais significativas somente na década de 1980, 30 anos após (MELO, 1986).

Desde a segunda metade da década de 50, começam a ocorrer amplas transformações no panorama econômico brasileiro com a sua integração ao sistema capitalista ocidental, através das estratégias do governo Kubitschek. As graves conturbações sociais que acompanharam esse processo, durante os governos subseqüentes, foram uma das causas do confronto político que culminou com o golpe de 1964, a partir do qual, a vida nacional passou a ser regida pelo governo militar, então instalado (LINHARES, 2001).

Tendo como principal unidade administrativa da ação sanitária o Ministério da Saúde (desvinculado do MEC desde 1953), as autoridades do setor criaram uma série de siglas, nem sempre inteligível e próxima à realidade dos usuários. Foi promovida uma série de medidas, estas, porém, não atacaram as causas básicas geradoras dos problemas de saúde da população como: saneamento básico e subnutrição, desperdiçando recursos humanos e financeiros. Com a consolidação do processo de industrialização no Brasil, a tecnologia hospitalar e a indústria farmacêutica ocupam lugar de destaque, privilegiando a Medicina curativa que passa a ser o paradigma de um sistema de saúde que tem como principal centro de referência, o hospital (CAMBRIDGE, 2001).

É neste quadro nacional e com a educação em Enfermagem já consolidada, pela sua integração aos programas universitários e governamentais, que os Enfermeiros encontram-se basicamente na área hospitalar, observando-se por esse tempo um crescimento quantitativo das outras categorias de Enfermagem, para fazer face às novas exigências do mercado de trabalho (GEOVANINI et al, 2002).

Privilegiando uma prática curativa e especializada, e incorporando uma tecnologia sofisticada, o Instituto Nacional da Previdência Social, criado em 1966, a partir da unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, tornou-se hegemônico no espaço institucional do setor de saúde e consolidou o modelo de medicina previdenciária no Brasil, vindo ocupar o lugar de mediador dos interesses dos grupos privados (CAMBRIDGE, 2001).

O crescimento do setor privado e o modelo de assistência adotado pela Previdência determinaram a ampliação do campo da prática de Enfermagem, e os profissionais de nível superior passaram a ser absorvidos em maior quantidade pelo setor público, enquanto o setor privado, como forma de reduzir gastos com pessoal, passou a absorver auxiliares e operacionais, em maior proporção. Esta situação reflete-se na área da educação em Enfermagem, onde os currículos, que antes enfatizavam a saúde pública, passaram a privilegiar o ensino especializado e a assistência curativa. Ocorre, também, a proliferação dos cursos para Atendentes, Auxiliares e, mais tarde, para os Técnicos de Enfermagem (1973), muitos deles mantidos por entidades de direito privado (GEOVANINI et al, 2002; MOREIRA, 1990).

Nesse tempo observa-se que a composição heterogênea da Enfermagem brasileira é sustentada pelo sistema de formação e que, ao mesmo tempo em que atende às necessidades do mercado, reforça a fragmentação e a subdivisão do trabalho na área. Forma-se assim uma nova pirâmide, em que o vértice é ocupado pelos Enfermeiros e a base pelos

numerosos Atendentes, estando entre ambos os Auxiliares e os Técnicos de Enfermagem. A divisão de funções, entre essas categorias um tanto complexa, determina aos Atendentes e Auxiliares o cuidado direto ao cliente, limitando o Enfermeiro às funções administrativas e burocráticas (MELO, 1986).

Cabe ressaltar que a existência de várias categorias e a divisão do trabalho de Enfermagem também dificulta o seu reconhecimento social, uma vez que os usuários dos serviços de saúde, por desconhecerem a existência desta divisão hierárquica, tendem a confundir seus agentes. Outro fator que favorece tal questão é a fraca participação da categoria, desde essa época até os dias atuais, nas entidades de classe e nas lutas pelas reivindicações profissionais, além da conjuntura política que a condiciona a exercer um papel subalterno e limita seu poder de decisão, uma vez que raramente vamos encontrar um enfermeiro exercendo o maior comando dentro de uma estrutura hierárquica da área de saúde (GEOVANINI et al, 2002).

Na década de 70 a crescente demanda do setor previdenciário e a discordância verificada entre as prioridades de saúde da população e as ações efetivadas, geraram a crise na esfera da saúde nesse período. A partir de 1975, um novo modelo foi definido através da Lei 6.229 do Sistema Nacional de Saúde. A referida Lei legitimou a pluralidade institucional no setor e identificou a Previdência Social como responsável pela assistência individual e curativa, e o Ministério da Saúde, por intermédio das secretarias, pelos cuidados preventivos e de alcance coletivo (GEOVANINI et al, 2002).

Nessa época a pós-graduação em Enfermagem acelera seu ritmo com a criação de vários cursos de especialização na área. As categorias auxiliares, acrescidas agora dos Agentes de Saúde e do Atendente Rural, foram às detentoras da atenção primária, cabendo ao Enfermeiro as funções de treinamento, coordenação e supervisão. O aumento progressivo da produção científica em Enfermagem, determinado

pelo incremento dos cursos de pós-graduação, estimulou a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) a criar, em 1979, o Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEn), bem como organizar suas áreas de interesse (GERMANO, 1993).

A especialização crescente da Medicina e os padrões sofisticados da tecnologia hospitalar tiveram assim seus reflexos na Enfermagem, exigindo, cada vez mais, habilidades diferenciadas dos demais trabalhadores da saúde, que foram alcançadas através das referidas especializações. Enquanto os Enfermeiros se especializavam, a multiplicação das novas categorias de Enfermagem acelerava o seu processo de proletarização (MELO, 1986).

No início da década de 80 nasce o Programa de Ações Integradas de Saúde, como proposta institucional do INAMPS e que depois foi assumido formalmente pelas Secretarias de Saúde dos Estados e pelos Ministérios da Saúde, Previdência e Educação, com vistas à ação conjunta. Este programa, através da estratégia de integração programática, entre as instituições de níveis federal, estadual e municipal, objetivava a melhoria da qualidade da assistência, tendo como linhas principais a universalização, descentralização e hierarquização dos serviços; racionalização dos recursos e aumento da produtividade; reorientação da política de recursos humanos; valorização das atividades básicas e reconhecimento da participação popular. Essas diretrizes institucionais racionalizadoras pactuam com a ideologia e com as práticas do movimento de Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS) incorporada à nova Constituição Brasileira (CORDEIRO, 1986).

A partir da adoção do conceito de saúde coletiva e alicerçado na estratégia de promover a consciência sanitária, no movimento da Reforma Sanitária debateu-se em torno da proposta de um sistema único de saúde, público, socializado, universal, integrado e planejado de acordo com

as demandas existentes, utilizando forma hierarquizada e regionalizada, os recursos disponíveis (CAMBRIDGE, 2001).

As Conferências Nacionais de Saúde têm sido realizadas no Brasil desde 1947. São instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde, têm caráter deliberativo, são regulamentadas pela Lei 8.142/90 e convocadas a cada quatro anos pelo Poder Executivo ou pelo Conselho Nacional de Saúde. Os pressupostos do movimento reformista, em prol da universalização e da igualdade do direito à saúde, foram discutidos e substanciados no mais amplo e democrático fórum de representação política e social ocorrido no país, a VIII Conferência Nacional de Saúde (mar/86) (CORDEIRO, 1986).

As propostas da VIII Conferência sofreram desdobramentos até serem aprovadas e incorporadas ao texto da nova Constituição. Nessa trajetória, ocorreram sérios confrontos entre os defensores dos ideais populares e os interesses dos grupos privados que, por sua vez, usaram todos os artifícios possíveis para interferirem a seu favor nas propostas mais progressivas. O que se viu, foi que o texto, aprovado posteriormente, não refletiu, na sua totalidade, os ideais antes propostos, tendo o mesmo sofrido várias modificações que beneficiaram o sistema empresarial (GEOVANINI et al, 2002).

Estes autores ainda descrevem que ao garantir definitivamente a implantação do SUS, a nova Constituição trouxe um grande avanço para a sociedade brasileira, contudo ainda resta lutar pela elaboração da Lei Complementar do SUS e empenhar esforços contínuos para garantir a sua operacionalização na prática.

As resoluções da nova Carta Magna, visando a Reforma Sanitária, implicaram na reestruturação do ensino e das práticas de saúde, cabendo à Enfermagem uma enorme parcela, uma vez que a mesma compõe 50/60% do pessoal a serviço nas unidades de saúde. Neste

contexto, o grande desafio é a redefinição da prática nos serviços e o redirecionamento da formação do pessoal de Enfermagem em todos os níveis (GEOVANINI et al, 2002; MOREIRA, 1990).

Assim, em julho de 1986 é aprovada a Lei 7.498 que substituiu a defasada Lei 2.604 de 1955 e trouxe novas disposições sobre a regulamentação do exercício profissional, reconhecendo as categorias de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteira, e determinando a extinção, num prazo de 10 anos, do pessoal sem a formação específica regulada em Lei (Atendentes de Enfermagem). Além disto, esta Lei delimitou as atividades específicas de cada categoria (Conselho Federal de Enfermagem-COFEN- 2000).

A sucessão de crises político-econômicas ocorridas nos anos 80 leva a avanços dos setores populares, rumo à sua organização, ressurgindo os movimentos sociais e os partidos de esquerda. Esta etapa transitória foi importante, criando condições para que o povo exercesse seus direitos, elegendo, após décadas, por pleito direto, o Presidente da República. Já o governo, instalado em 1990, com o discurso de combate à inflação e construção de um Brasil moderno, privilegiou o modelo político neoliberal, deflagrando uma série de medidas econômicas recessivas, políticas fiscais e monetárias ortodoxas que levaram o país à pior crise social de sua história, deteriorando de vez as condições de vida e saúde da população brasileira (LINHARES, 2001).

O sucateamento da rede pública de saúde chegou ao auge, e a iniciativa privada passou a responder por mais de 80% da prestação de serviços de saúde no país, num antagonismo total aos preceitos constitucionais que prevêem a complementaridade do setor público pelo setor privado. Neste contexto, certifica-se de que, quem atua de forma complementar é o setor público, já que este responde por menos de 20% do oferecimento de serviços de saúde no Brasil, numa relação desigual com a rede privada de serviços, a qual, cada vez mais, pela prática da medicina de

grupo, gradativa e ostensivamente, vem dominando todo o sistema de saúde brasileiro e proletarizando a Medicina (CAMBRIDGE, 2001).

Hoje, a Medicina perdeu a sua autonomia em razão da dependência ao seguro-saúde privado no Brasil em suas várias formas: medicina de grupo, auto-gestão, cooperativas médicas, seguro-saúde comercial e planos de administração, todas funcionando como intermediárias entre usuários e os médicos. Observa-se que os médicos detentores do capital têm sob seu poder aqueles que não o possuem, remunerando-os inadequadamente e tornando-se hegemônicos dentro do próprio grupo. Constata-se mais uma vez na história o predomínio de um grupo sobre o outro dentro da mesma carreira profissional, ambos subordinados à lógica do capital (CAMBRIDGE, 2001).

Atualmente a Enfermagem ocupa duas posições distintas: enquanto um contingente significativo de enfermeiros especializa-se cada vez mais, para atender as expectativas médico-hospitalares, um outro grupo sinaliza na direção do resgate da saúde pública, vislumbrando grandes possibilidades de êxito na área de saúde coletiva, atuando ao lado de demais profissionais da área de saúde como médicos, dentistas, auxiliares de enfermagem, entre outros, engajando-se na luta por melhores condições de saúde para a população tendo como foco principal a educação em saúde com ênfase no autocuidado (GEOVANINI et al, 2002).

Estes autores ainda apontam que, com esse “novo olhar” para a saúde coletiva, a Enfermagem, movida pelas mudanças de âmbito político como a descentralização financeira e de gestão dos serviços de saúde, necessita de mudanças no perfil de seus profissionais, já acostumados com o modelo assistencial existente onde a prática curativa é soberana sobre a preventiva. Parece ser consenso que a pós-graduação e a educação continuada são imprescindíveis para a melhoria da assistência prestada. Os profissionais de nível médio que compõem a equipe de Enfermagem são sujeitos de suma importância e não podem ser deixados de lado desta regra,

pois a eles cabe a responsabilidade primordial do cuidado aos indivíduos e comunidades, a educação continuada nesse caso qualifica e exerce competências e habilidades nestes indivíduos, incorporando também outras dimensões das relações humanas e sociais, como a ética e responsabilidade.

1.2 - Trabalho, Educação e Enfermagem.

O trabalho, atividade de toda a vida do homem, que visa satisfazer as suas necessidades, é uma atividade central e historicamente determinada, está intimamente ligado à ciência e à técnica. Daí a importância que a educação moderna assumiu na transmissão da ciência e das técnicas de produção, mediante as quais a sociedade é capaz de satisfazer suas necessidades, proteger-se contra a hostilidade do ambiente físico e biológico e trabalhar de forma ordenada e pacífica (FRIGOTTO, 1999).

A relação entre trabalho e educação é uma preocupação crescente. As organizações precisam de profissionais capacitados para o alcance de suas metas e objetivos. Nesse sentido necessitam de um trabalho contínuo com os funcionários, integrando-os na própria função e no contexto institucional. Esta necessidade de desenvolvimento de pessoal tem sido reforçada pelos avanços tecnológicos e pelas mudanças sócio-econômicas que levam os indivíduos a buscar, adquirir, rever e atualizar seus conhecimentos (KURCGANT, 1991).

É justamente na busca de uma melhor política de trabalho que a educação encontra-se como um dos meios mais propulsores que conduzem a este fim. O processo educacional é encarado atualmente como valioso instrumento que assegura a evolução econômica e social, conduzindo o homem a um estado de aptidão, que o capacita a aproveitar as

possibilidades de valor que se oferecem à construção de sua vida (LUCHESE E NUNES, 1990).

Estes autores asseguram que a educação é um fenômeno vital e de comunicação, diretamente relacionado com a melhoria de condições de vida da população. Significa todos os processos pelos quais uma pessoa pode adquirir uma compreensão do mundo, bem como aptidões para lidar com seus problemas. A educação visa a formação do ser global e sua integração no meio social ao qual se destina.

Os programas educativos conscientizam os indivíduos e os grupos para uma vida melhor e mais aproveitada. Dentre os vários tipos de educação, destaca-se de maneira relevante, o valor da educação em serviço, ou seja, aquela aplicada de forma contínua nos diversos campos profissionais (LUCHESE E NUNES, 1990).

A Organização Mundial de Saúde (OMS-1982) conceitua educação em serviço, ou educação continuada, como o processo que inclui as experiências posteriores ao adestramento inicial, que ajudam o pessoal a apreender competências importantes para o seu trabalho e que, adequada, deve refletir as necessidades e conduzir a melhoria planejada de saúde da comunidade.

O grupo de peritos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS-1980) considera a educação continuada como um processo permanente que se inicia após a formação básica e está destinado a atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente às evoluções técnico-científicas e as necessidades sociais.

Dilly e Jesus (1995) referem que a educação de profissionais deve ser um processo que propicie conhecimentos, capacitando-o para a execução adequada do trabalho e que prepare este profissional para futuras oportunidades de ascensão, objetivando tanto o seu crescimento pessoal

quanto profissional. Para os autores, é a educação continuada que permite ao profissional, o acompanhamento das mudanças que ocorrem na profissão, visando mantê-lo atualizado, aceitar essas mudanças e aplicá-las no seu trabalho. Consideram, então, a educação continuada como um conjunto de práticas educacionais que visam melhorar e atualizar a capacidade do indivíduo, favorecendo o seu desenvolvimento e sua participação eficaz na vida institucional.

Nunes (1993), caracteriza a educação continuada como sendo alternativas educacionais mais centradas no desenvolvimento de grupos profissionais, seja através de cursos de caráter complementar ou seriado, seja através de publicações específicas de um determinado campo.

Davini (1994), ao refletir sobre essa temática, entende a mesma como sendo o conjunto de experiências que se seguem à formação do profissional permitindo ao trabalhador, manter, aumentar ou melhorar sua competência, visando o desenvolvimento de suas responsabilidades.

Para a Enfermagem, a educação continuada representa um dos esteios que assegura a boa qualidade da assistência a ser prestada ao paciente. Através de um processo educativo atualizado e coerente com as necessidades específicas da área, ela mantém o seu pessoal valorizado e capaz de apresentar um bom desempenho profissional (LUCESI E NUNES, 1990).

Em consonância com as idéias dos autores já citados, Davim; Torres e Santos (1999), entendem que a educação continuada para a Enfermagem deve ser constituída de uma aquisição e reflexão progressiva de conhecimentos e competências, e que só poderá ser reconhecida à medida que a realidade do cuidado prestado ao cliente/paciente seja efetivada através de uma assistência sistematizada e planejada de ações qualificadas, fazendo desta maneira, com que o pessoal se sinta valorizado

e motivado, capaz de apresentar um bom desempenho através de suas competências profissionais.

Para Koizumi et al. (1998), a necessidade de se proporcionar programas de educação continuada, que atendam as carências da Enfermagem, bem como o uso eficiente de tecnologia avançada, tem se tornado um desafio tanto para os enfermeiros dessa área, como para os de educação em serviço, possibilitando assim, as mudanças nas atividades desenvolvidas e nas estruturas organizacionais das instituições.

Em seus estudos sobre educação continuada, Souza (1993), ressalta que programas nessa área não podem ficar ao sabor do acaso, mas que os mesmos devem ser planejados de forma individual ou organizacional e avaliados sistematicamente. Desta forma, esse processo de educação continuada irá ajudar os enfermeiros e sua equipe a se manterem competentes e atuantes, relacionando teoria e prática em benefício da assistência prestada.

Araújo (2001) comenta que a formação dos Auxiliares, conforme a tendência pedagógica, pode ser eficiente e eficaz no sentido de legitimação social dos conhecimentos para sua atuação nos serviços de saúde, porém, apresenta lacunas críticas ao exercício de suas atividades, questionadas pela precária habilitação, face o nível de formação que se apresenta, sempre com ausência de prosseguimento de uma educação continuada da categoria.

Diante disto, entende-se que as atividades efetivamente desenvolvidas em uma educação continuada, constituem uma das formas de assegurar a manutenção da competência da equipe de enfermagem em relação à assistência (DAVIM; TORRES; SANTOS; 1999).

A noção de competência começou a ser utilizada na Europa a partir dos anos 80. Trata-se de uma noção polissêmica que envolve várias

acepções e abordagens. Origina-se das Ciências da Organização e surge no quadro da crise do modelo de organização taylorista/fordista, de globalização da economia, de exacerbação da competição nos mercados e de demandas de melhoria da qualidade dos produtos e flexibilização dos processos de produção e de trabalho. Neste contexto de crise, e tendo por base um forte incremento da escolarização dos jovens, as empresas passam a usar e adaptar as aquisições individuais da formação, sobretudo escolar, em função de suas exigências. A aprendizagem é orientada para a ação, e a avaliação das competências é baseada nos resultados observáveis (DELUIZ, 1996).

O modelo da competência vem substituir a qualificação, um conceito-chave da sociologia do trabalho, caracterizada por ser multidimensional: qualificação do emprego, definida pela empresa a partir das exigências do posto de trabalho; qualificação do trabalhador, que incorpora as qualificações sociais; qualificação operatória (potencialidades empregadas por um operador para enfrentar uma situação de trabalho) e qualificação como uma relação social, resultado de uma correlação de forças capital-trabalho (HIRATA, 1994).

A noção de competência humana é fundamental na área de saúde, na medida em que a nova visão de qualidade em saúde considera não só os aspectos técnico-instrumentais envolvidos na prática profissional, mas inclui a humanização do cuidado na perspectiva do cliente (DELUIZ, 2000).

Ao pensar a competência humana, é necessário compreendê-la como um conceito político-educacional abrangente, como um processo de articulação e mobilização gradual e contínua de conhecimentos gerais e específicos, de habilidades teóricas e práticas, de hábitos e atitudes e de valores éticos, que possibilite ao indivíduo o exercício eficiente de seu trabalho, a participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social, além de sua efetiva auto-realização (DELUIZ, 1996).

Peduzzi (1997) comenta que é fundamental as instituições ampliarem a qualificação dos seus profissionais tanto na dimensão técnica especializada quanto na dimensão ético-política para que eles possam participar como sujeitos integrados no mundo do trabalho.

Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil,1999), mais de 12 milhões de pessoas são internados todo ano nos 6 mil e 500 hospitais da rede do Sistema Único de saúde (SUS) em todo país. Uma grande equipe de profissionais cuidam diariamente dessas pessoas, entre eles os de nível médio de Enfermagem são fundamentais nesse conjunto e precisam ter formação profissional de qualidade.

A demanda pelos cursos de Auxiliar de Enfermagem aumentou muito nos últimos anos e isto pode ser evidenciado pelo número crescente de novas escolas que surgem a cada dia no país. Este aumento poderia ser explicado pela necessidade de regularização da situação dos atuais Atendentes de Enfermagem e/ou por uma forma de se obter uma profissão de nível médio com um amplo mercado de trabalho (DOURADO, 1997).

Entretanto não se observa a mesma expansão, encontrada no número de escolas, nas pesquisas sobre este profissional, suas reais necessidades de formação e do mercado de trabalho (FIGUEIREDO E SILVA, 1997).

Porfírio et al (1992) relatam a dificuldade de se encontrar material bibliográfico a respeito do ensino para o nível médio de Enfermagem. Acrescenta-se a isto o não preparo do professor, uma vez que grande parte deles não possui formação específica (licenciatura) e exerce sua atividade baseada apenas em sua experiência clínica.

Oliveira (1995) questiona também a formação do licenciado em Enfermagem, que repete o modelo de poder do enfermeiro sobre o nível

médio da categoria e a posição destes como o responsável pelo fazer sem qualquer contribuição intelectual ao processo.

A qualificação profissional na Enfermagem vem sendo objeto de preocupação há décadas, sem que, entretanto, a questão do nível médio desta categoria fosse contemplada na sua devida importância. Embora tenha surgido em vários momentos manifestações e implementações de programas de qualificação, eles se diluíram diante do crescimento desordenado dos Auxiliares de Enfermagem comandados pelo mercado de trabalho (VIEIRA, 1992).

No Estado de Pernambuco, o número de profissionais de Enfermagem ativos cadastrados no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), até 08 de janeiro de 2002, é de 23.354 indivíduos, divididos em 3.773 enfermeiros, 1.997 técnicos, 16.496 auxiliares e 1.088 atendentes. O Auxiliar é, portanto, a maior categoria na população de Enfermagem atuante no mercado de trabalho.

Na Enfermagem, o enfermeiro vem sendo o profissional responsável pela formação de novos profissionais e programas de qualificação de sua categoria. Ser um profissional competente e comprometido é fundamental para atuar na formação e qualificação de outros profissionais, mas não é tudo. É preciso ter um referencial pedagógico. Ele não pode se limitar apenas à atividade de ensinar para transmitir conhecimentos ou informar, mas, a ensinar para informar e formar, oferecendo a sociedade profissionais completos e integrais, verdadeiramente habilitados a compreender os fundamentos e utilizá-los na prática (NUNES, 1993).

A falta de qualidade e a grande quantidade de profissionais do nível médio de Enfermagem são uma preocupação de todos aqueles que trabalham ou pesquisam nesta área e, embora as instituições de saúde venham se empenhando na qualificação dos seus trabalhadores,

principalmente os de Enfermagem, as mesmas vêm enfrentando dificuldades, principalmente pela falta de respaldo técnico-pedagógico dos profissionais envolvidos nos serviços de educação continuada (VIETTA, 1995).

Foi partindo dessa preocupação que recentemente o Ministério da Saúde (Brasil, 2001) elaborou o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), que busca a profissionalização dos trabalhadores da área do nível médio de Enfermagem, com o objetivo de melhorar a qualidade de atendimento hospitalar e ambulatorial. Representa um projeto de formação técnica dos Auxiliares de Enfermagem, por um período de duração previsto para quatro anos, em parceria com as universidades, escolas e cursos técnicos públicos e privados de todo o país.

Em estudos realizados pelo PROFAE (Brasil, 2001), existe um total de 250.000 trabalhadores na área de Enfermagem sem qualificação específica, sendo que desses, 105.000 não chegaram a concluir nem o ensino fundamental completo (antigo primeiro grau). Esses trabalhadores de nível médio sem qualificação constituem uma força de trabalho de baixo custo, o que contribui para sua manutenção em serviço e para a falta de interesse de outras pessoas em prepararem-se para essas ocupações.

Araújo (2001) comenta que pela primeira vez surge um projeto nacional com a preocupação não apenas no caráter técnico, mas com uma conotação estratégica de natureza pedagógica, orientada para possibilitar ao profissional adquirir os conhecimentos e habilidades necessárias para realizar seu trabalho com autonomia e responsabilidade, contribuindo para aumentar a qualidade da assistência.

Em qualquer programa educativo, como no caso da educação continuada, o papel do docente é decisivo para a viabilidade da proposta pedagógica. A adequação da formação e qualificação dos profissionais sem

dúvida, dependerá do preparo pedagógico dos docentes frente às novas exigências educacionais. Isto significa adotar uma ação educativa crítica, autônoma, criativa, capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde. Desta forma será possível a construção das competências humanístico-profissional requeridas pela promoção em saúde (BRASIL, 1999).

Em educação, por mais especializados e diferenciados que sejam os objetivos propostos, como no caso da formação do Auxiliar de Enfermagem, não há como fugir às premissas básicas da ciência pedagógica. De acordo com uma delas, o processo educacional se torna adequado na medida em que o educador conhece e leva em conta, conscientemente, os dados relativos às características do educando. Tais dados integrarão a soma de informações capazes de proporcionar a elaboração de métodos e técnicas mais adequados de ensino. A inclusão de dados desta ordem relativos ao educando, na formulação do processo de ensino-aprendizagem, parece ser uma necessidade evidente e incontestável. Contudo, ao que parece, na maioria das vezes, todo um processo educativo tem sido idealizado e concretizado em função de determinantes de outra ordem, principalmente materiais, considerando em plano secundário as condições concretas do elemento humano (NAKAMAE, 1992).

Assim, Oliveira (1997) refere que as características dos educandos obtidas e atualizadas permitem manter bem presente e com clareza a quem o processo ensino-aprendizagem deve ser dirigido. Estes são subsídios que possibilitarão averiguar, em estudos posteriores, as condições reais de aplicabilidade das práticas didáticas, bem como as novas propostas na área da metodologia do ensino.

A administração dessas características pela política global referente aos Recursos Humanos em Saúde, das instituições, viabilizaria a educação continuada com o fim de manter e atualizar o conhecimento

técnico-científico e estabelecer uma nova relação de compromisso entre o trabalhador e a instituição (VIEIRA, 1992).

Nesta relação de compromisso entre o trabalhador e a instituição, quem sai ganhando é o paciente, no caso, a criança que se encontra internada necessitando dos cuidados de Enfermagem. A separação brusca que uma internação impõe à criança exige da equipe de Enfermagem uma habilidade que vai muito além da simples execução de tarefas. A hospitalização é uma situação de crise emocional para ela e sua família. A equipe de Enfermagem envolvida deve conhecer as reações da criança através da sua própria linguagem e demonstrar, através de palavras e ações, que está ciente e segura quanto a conduta necessária que envolve seu tratamento (EINLOFT et al, 1996).

“É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos Direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” (Art. Nº 04 do Estatuto da Criança e Adolescente).

O Estatuto da Criança e Adolescente deixa bem claro a proteção da criança, tanto no aspecto físico, como no moral e psicológico. É fato que não deve ser esquecido de supervisionar mesmo no ambiente hospitalar. A qualidade da assistência de Enfermagem é necessária para que não ocorra transgressão dessa proteção (EINLOFT et al, 1996).

2 – Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Caracterizar o perfil do Auxiliar de Enfermagem que atua na assistência à crianças e adolescentes de 0 a 13 anos internados em hospitais do Recife-PE.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar nos Auxiliares de Enfermagem que atuam na assistência à crianças e adolescentes de 0 a 13 anos internados em hospitais do Recife-PE:
 - 3 Características demográficas, sociais e econômicas;
 - 3 Características gerais da organização profissional e da educação permanente;
 - 3 Dificuldades referidas ao exercício da profissão.

3 – Sujeitos e Método

3.1 Local e População de estudo

O estudo foi realizado em quatro hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) com atendimento direcionado para várias especialidades, entre estas, pediatria. Foram eles: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Hospital da Restauração (HR), Hospital Barão de Lucena (HBL) e Hospital Agamenon Magalhães (HAM). São instituições reconhecidas como hospitais de ensino pelo Ministério da Educação e atendem a população preponderantemente de baixa renda da região metropolitana do Recife e do interior de Pernambuco.

A população da pesquisa foi constituída por Auxiliares de Enfermagem que atuam nos setores voltados para a clientela de crianças e adolescentes. De um total de 510 Auxiliares que compõe o quadro de funcionários da pediatria dessas instituições, 411 foram entrevistados e 99 foram excluídos por não estarem dentro dos critérios de inclusão do estudo.

3.2 - Desenho do estudo

O tipo de estudo adotado foi o transversal, exploratório, descritivo de abordagem quantitativa. Considerando que este tipo de estudo possibilita a geração de informações sobre características da população, informando, portanto, sobre a situação existente em um momento particular, o que é útil em planejamento de saúde (Pereira, 2000). No caso da qualificação do Auxiliar de Enfermagem, conhecer suas características possibilitará subsídios a projetos educacionais, que poderá nortear como esse processo deverá ser preparado, pois, irá identificar a quem e por que será dirigido e aplicado.

A opção também foi respaldada em Lakatos e Marconi (2001) já que os mesmos referem que um estudo exploratório tem como objetivo a formulação de questões com a finalidade de desenvolver hipóteses ou formular pressupostos, familiarizando o autor com o fenômeno a ser estudado.

Assim, as investigações de cunho descritivo têm o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos. O pesquisador interessado em traçar o perfil de uma determinada situação, em uma população, tem apenas que observar como estes eventos estão ocorrendo e expressar as respectivas freqüências de modo apropriado (PEREIRA, 2000).

3.3 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), com 20 Auxiliares de Enfermagem que se enquadravam nos critérios de inclusão, a fim de testar o instrumento de coleta de dados, verificando sua aplicabilidade e clareza, e avaliar a operacionalização do trabalho de campo.

3.4 Coleta de dados

3.4.1 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados, mediante aplicação de um questionário (anexo 1), contendo questões de múltipla escolha e espaço para opiniões livres. Este instrumento, de caráter particular, foi elaborado a partir do objetivo proposto para o estudo: caracterizar o perfil do Auxiliar de Enfermagem, que presta assistência à criança e ao adolescente, segundo seus dados demográficos, sociais, econômicos, profissionais e de educação permanente.

3.4.2 Procedimentos para coleta de dados

Após aprovação do projeto, pelas comissões de ética das instituições envolvidas, houve um primeiro contato com os participantes, os quais foram informados sobre os objetivos do estudo e da garantia do anonimato e sigilo das informações. Foi solicitada a sua participação na pesquisa mediante a assinatura de um termo livre e esclarecido de consentimento (anexo 2) baseado na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. A coleta foi realizada paulatinamente em cada hospital, no horário de trabalho da participante, implicando aí os horários diurno e noturno, no período de abril a julho de 2002, com a aplicação do questionário pela mestranda, visando evitar possíveis falhas ou omissões, caso as informações fossem coletadas por outra pessoa.

3.5 Critérios de inclusão da amostra

- λ Trabalhar nos setores de assistência à criança e adolescentes de 0 a 13 anos nos hospitais participantes do estudo;
- λ Estar lotado no mínimo há seis meses nesses setores;
- λ Aceitar participar do estudo de maneira livre e esclarecida.

3.6 Critérios de exclusão da amostra

- λ Pertencer a demais categorias do nível médio de Enfermagem, como Atendente ou Técnico;
- λ Estar lotado há menos de seis meses nos setores de assistência infantil;
- λ Pertencer a setores que não sejam da assistência infantil.

3.7 Variáveis de análise

3.7.1 Dados demográficos

- λ Sexo: expresso em duas categorias: masculino; feminino.
- λ Idade: definido em anos. Expresso em cinco categorias: 18 a 27 anos; 28 a 37 anos; 38 a 47 anos; 48 a 57 anos; mais de 57 anos.

3.7.2 Dados sociais

λ Estado civil: definido conforme critério adotado pelo IBGE. Expresso em cinco categorias: solteiro; casado; separado; divorciado; viúvo.

λ Número de filhos: estabelecido em função da faixa de variação. Expresso em quatro categorias: nenhum; um; dois; mais de dois.

λ Religião: definido de acordo com os valores e crenças de cada um. Expresso em cinco categorias: nenhuma; católica; evangélica; espírita; outras.

3.7.3 Dados da formação acadêmica e profissional

λ Escolaridade: definido como grau máximo de instrução adequada. Expresso em cinco categorias: ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; ensino superior incompleto; ensino superior completo.

λ Tipo de escola de formação acadêmica: definido de acordo com o pagamento ou não de mensalidades. Expresso em duas categorias: pública e particular.

λ Tipo de escola da formação profissional: definida de acordo com o pagamento ou não de mensalidades. Expressa em duas categorias: pública e particular.

λ Opção pelo curso: definido de acordo com seus motivos pessoais pela escolha do curso. Expresso em cinco categorias: afinidade;

mercado de trabalho; influência da família ou amigos; falta de outras oportunidades; outros motivos que não estes.

3.7.4 Dados econômicos

λ Renda Pessoal Mensal: definido de acordo com o salário mínimo vigente na época da entrevista. Expresso em três categorias: 1 a 2 SM; 2 a 3 SM; mais de 3 SM.

λ Contribuição para Renda Familiar: definido de acordo com a participação ou não do orçamento familiar. Expresso em duas categorias: sim e não.

λ Proporção da Renda para a Família: definido a partir de quanto contribui para ajudar no orçamento familiar. Expresso em cinco categorias: todo orçamento pessoal; metade do orçamento pessoal; mais da metade do orçamento pessoal; menos da metade do orçamento pessoal; não se aplica (caso a resposta anterior fosse negativa).

3.7.5 Dados da organização profissional

λ Número de empregos em atuação: definida de acordo com a quantidade de empregos que possui na atualidade. Expressa em quatro categorias: um; dois; três; mais de três.

λ Número de horas trabalhadas por semana: definido de acordo com o número de horas de serviços prestados por semana em seus empregos atuantes. Expresso em cinco categorias: 30 a 40 h; 41 a 50 h; 51 a 60 h; mais de 60 h; não se aplica.

λ Turno no qual trabalha: definido de acordo em quais turnos presta serviços. Expresso em três categorias: diurno; noturno; diurno e noturno.

λ Experiência das atividades onde presta serviço: definido de acordo com a sua experiência anterior em pediatria. Expresso em duas categorias; sim e não.

λ Principais dificuldades encontradas na profissão: definido de acordo com sua opinião pessoal. Expresso em seis categorias: salário; carga horária; preconceito; falta de reconhecimento; motivação; outros motivos que não estes.

λ Realização Profissional: definido de acordo com suas opinião pessoal. Expresso em duas categorias: sim e não.

3.7.6 Dados da educação permanente

λ Participação em programas de educação continuada: definido de acordo com a realização ou não de programas de educação continuada. Expresso em duas categorias: sim; não.

λ Intervalo de tempo da participação em programas de educação continuada: definido a partir de quanto tempo já faz que participou do último programa de educação continuada. Expresso em seis categorias: há 6 meses; há 12 meses; há 18 meses; há 24 meses; há mais de 24 meses; não se aplica (caso não tenha participado de programas de educação continuada).

λ Participação em programas de educação continuada na área de pediatria: definido de acordo com a realização ou não de programas

educativos voltados para sua área específica de atuação. Expresso em duas categorias: sim; não.

λ Realização de programas de educação continuada em pediatria pela instituição para qual presta serviço: definido de acordo com o serviço de educação continuada da instituição. Expresso em três categorias: sim; não; não soube informar.

λ Oportunidade de participar de programas de educação fora da instituição para qual presta serviço: definido de acordo com a liberação ou não, da instituição para qual presta serviço, para realizar cursos em outros locais. Expresso em três categorias: sim; não; não soube informar.

3.8 Processamento dos dados

Após preenchimento dos questionários, estes foram digitados no banco de dados específico criado no programa EPI-INFO 6.0. Essa digitação foi efetuada duas vezes, com supervisão da pesquisadora, em épocas e por pessoas distintas, sendo uma delas a própria mestranda. A finalidade dessas duas digitações seria obter, ao final, uma listagem para correção de eventuais erros, questionário a questionário.

As informações das variáveis categóricas foram pré-codificadas. As variáveis qualitativas foram expressas conforme seu relato original e categorizadas no momento da análise dos resultados.

Ao término da entrada de todos os questionários nos dois bancos de dados, realizou-se a revisão, comparando-se as duas listagens. Constatando-se inconsistências ou ausência de dados, os questionários arquivados foram consultados de acordo com o número de registro correspondente e as devidas correções foram feitas. Criado então o banco

de dados definitivo, o mesmo foi submetido ao programa de análise estatística do EPI-INFO.

Inicialmente foi realizada análise descritiva univariada dos dados, calculando-se a distribuição de freqüência. Em seguida foram construídas tabelas de distribuição de freqüência dos dados demográficos, sociais, econômicos, formação acadêmica e profissional, organização profissional e educação permanente.

Embora este seja um estudo descritivo de perfil profissional, foi realizada a análise bivariada, ou seja, associações entre algumas variáveis, como por exemplo: escolaridade do auxiliar x escolaridade dos pais; nº de emprego do auxiliar x situação ocupacional dos pais, etc. Em todas tentativas de associações os resultados foram estatisticamente insignificantes.

3.9 – Aspectos éticos

Esta pesquisa atendeu aos requisitos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, para estudos envolvendo seres humanos e obteve aprovação de todos as comissões de ética dos respectivos hospitais participantes, antes do início da coleta de dados.

4 – Resultados

Este tópico contém os resultados da sistematização dos dados, coletados na pesquisa, expressos em tabelas.

4.1 Características demográficas e sociais dos Auxiliares de Enfermagem

As características demográficas e sociais dos Auxiliares de Enfermagem são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos Auxiliares de Enfermagem que cuidam de crianças e adolescentes internados, de acordo com os aspectos sociais e demográficos, Recife, 2002.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	17	4,1
Feminino	394	95,9
Total	411	100
Idade		
18-27	42	10,2
28-37	174	42,3
38-47	147	35,8
> 47	48	11,7
Total	411	100
Religião *		
Católica	203	50,9
Evangélica	174	43,6
Espirita	18	4,5
Outras	4	1,0
Total	399	100
Estado Civil		
Solteiro	166	40,4
Casado	194	47,2
Separado	36	8,8
Divorciado	6	1,5
Viúvo	9	2,1
Total	411	100
Número de Filhos **		
1	71	28
2	116	46
> 2	66	26
Total	253	100

* 12 participantes do estudo referiram não possuir religião.

** 158 participantes do estudo referiram não ter filhos.

Analisando-se o sexo verificou-se que 95,9% dos Auxiliares de Enfermagem entrevistados são do sexo feminino e 4,1% do sexo masculino. Quanto à idade, foi encontrada a seguinte distribuição para as faixas etárias: de 18 a 27 anos-10,2%; de 28 a 37 anos-42,3%; de 38 a 47 anos-35,8%; de 48 a 57 anos-10,2%; e acima de 57 anos-1,5%. Estes dados demonstram que a população alvo constitui-se de adultos no auge da sua vida produtiva.

Em relação a religião, observou-se os seguintes resultados: 2,9% dos Auxiliares entrevistados relataram não possuir qualquer tipo de religião, dos que relataram ter religião (97,1%), 50,9% são católicos; 43,6% são evangélicos; 4,5% são espíritas e 1% relatou ter outro tipo de fé religiosa que não as mencionadas, como, por exemplo, umbanda e candomblé.

Considerando o estado civil, evidenciou-se que 47,2% dos mesmos são casados e a outra grande parcela é solteira, ou seja, 40,4%. Em seguida temos 8,8% de separados; 2,1% de viúvos e 1,5% de divorciados.

Com relação ao número de filhos, 39% dos Auxiliares do estudo não possuem filhos. Dos 61% que possuem, 28% tem um filho; 46% têm dois filhos; 26% possuem mais de dois filhos. Enfatiza-se aqui que a grande maioria dos entrevistados possui de um a dois filhos.

4.2 Características da formação acadêmica e profissional dos Auxiliares de Enfermagem

As características da formação acadêmica e profissional são apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos Auxiliares de Enfermagem que cuidam de crianças e adolescentes internados, de acordo com os aspectos da formação acadêmica e profissional, Recife, 2002.

Variáveis	N	%
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	14	3,4
Ensino médio incompleto	33	8,0
Ensino médio completo	320	77,9
Ensino superior incompleto	28	6,8
Ensino superior completo	16	3,9
Total	411	100
Tipo de escola da formação acadêmica *		
Pública	362	88,1
Particular	49	11,9
Total	411	100
Tipo de escola da formação profissional		
Pública	159	38,7
Particular	252	61,3
Total	411	100
Opção pelo curso		
Afinidade	259	63,0
Mercado de trabalho	88	21,4
Influência familiar ou de amigos	44	10,7
Falta de outras oportunidades	13	3,2
Outros	7	1,7
Total	411	100

* Dados referentes ao ensino fundamental devido ser esta a escolaridade mínima exigida para realizar o curso profissionalizante de Auxiliar de Enfermagem.

Para realizar o curso de Auxiliar de Enfermagem a escolaridade mínima exigida do candidato é o ensino fundamental completo (antigo 1º grau). No estudo constatou-se que somente 3,4% dos Auxiliares participantes da pesquisa possuem a escolaridade mínima exigida, a grande maioria, 77,9%, possui o ensino médio completo; 6,8% estão na faculdade e 3,9% já concluíram o ensino superior.

Considerando o tipo de escola da formação acadêmica, verificou-se que 88,1% dos entrevistados realizaram seus estudos de ensino fundamental em escolas públicas. Foi analisado somente o ensino fundamental devido ser esta a escolaridade mínima exigida para realizar o curso de Auxiliar de Enfermagem. Em relação a formação profissional, observou-se que 61,3% realizaram o curso profissionalizante em escolas particulares.

A distribuição dos Auxiliares de Enfermagem quanto ao motivo da opção pelo curso ficou da seguinte forma: 63% optaram pelo curso devido a afinidade pela área; 21,4% escolheram devido ao mercado de trabalho; 10,7% revelaram influência por parte da família ou amigos; 3,2% disseram que não tiveram outras oportunidades e 1,7% revelaram outros motivos que não os mencionados. Constata-se entre os entrevistados que a maioria revelou afinidade pelo curso.

4.3 Características econômicas dos Auxiliares de Enfermagem

As características econômicas estão representadas na tabela 3.

Tabela 3 -Distribuição dos Auxiliares de Enfermagem que cuidam de crianças e adolescentes internados, de acordo com os aspectos econômicos, Recife, 2002.

Variáveis	N	%
Renda pessoal mensal		
1-2 SM	226	55
2-3 SM	126	30,7
> 3 SM	59	14,3
Total	411	100
Contribuição para orçamento familiar		
Sim	400	97,3
Não	11	2,7
Total	411	100
Cota da renda para orçamento familiar *		
Todo	264	66
Metade	69	17,3
+ da metade	44	11
- da metade	23	5,7
Total	400	100

* Dados referentes aos participantes que responderam positivamente contribuir para o orçamento familiar.

Analisando-se a renda pessoal dos Auxiliares de Enfermagem em salário mínimo, verificou-se que 55% da população entrevistada tem uma renda pessoal que varia de um a dois salários mínimos; 30,7% varia de dois a três salários e 14,3% ganha acima de três salários mínimos. Observa-se que 85,7% dos Auxiliares do estudo ganham numa faixa de um a três salários mínimos.

Em relação aos resultados, se o Auxiliar de Enfermagem contribui ou não com o orçamento familiar, os dados foram os seguintes:

97,3% dos Auxiliares entrevistados afirmaram contribuir com orçamento familiar; 2,7% responderam que não contribuem com o orçamento da família.

Perguntado aos Auxiliares de Enfermagem, que referiram contribuir com o orçamento familiar, com quanto da renda pessoal eles contribuía, os resultados foram os seguintes: 66% responderam que toda a sua renda pessoal destina-se para o orçamento familiar; 17,3% responderam que apenas metade de sua renda pessoal contribui para o orçamento da família; 11% responderam que mais da metade de sua renda pessoal irá compor o orçamento familiar e 5,7% responderam que menos da metade de sua renda pessoal destina-se para o orçamento familiar.

4.4 Características da organização profissional e educação permanente do Auxiliar de Enfermagem.

As características profissionais e de educação permanente estão representadas nas tabelas 4, 5, e 6.

Tabela 4- Distribuição dos Auxiliares de Enfermagem que cuidam de crianças e adolescentes internados, de acordo com os aspectos da organização profissional, Recife, 2002.

Variáveis	N	%
Número de emprego		
1	233	56,7
2	160	38,9
3	18	4,4
Total	411	100
Número de horas trabalhadas por semana		
30-40 h	141	34,3
41-50 h	92	22,3
51-60 h	70	17,0
> 60 h	108	26,4
Total	411	100
Turno de trabalho		
Diurno	208	50,6
Noturno	25	6,1
Diurno e noturno	178	43,3
Total	411	100

Analisando a distribuição dos Auxiliares de Enfermagem de acordo com o número de emprego, observou-se o seguinte resultado: 56,7% possuem apenas um emprego, o que foi um dado surpreendente. 38,9% têm dois empregos e 4,4% possuem três empregos.

Quanto ao número de horas trabalhadas por semana, 34,3% trabalham cerca de 30 a 40 h semanais; 22,3% trabalham entre 41 e 50 h semanais; 17% trabalham cerca de 51 a 60 h semanais e 26,4% trabalham mais de 60 h semanais. Dessa forma, 65,7% trabalham mais de 41 h semanais.

Com relação à distribuição dos Auxiliares de Enfermagem quanto ao turno de trabalho, foi encontrado os seguintes resultados: 50,6% trabalham somente no turno diurno; 6,1% trabalham somente no noturno e 43,3% trabalham nos turnos diurno e noturno.

Tabela 5 – Distribuição dos Auxiliares de Enfermagem que cuidam de crianças e adolescentes internados, de acordo com os aspectos da organização profissional, Recife, 2002.

Variável	N	%
Experiência anterior em pediatria		
Sim	191	46,5
Não	220	53,5
Total	411	100
Dificuldades profissionais		
Salário	245	59,6
Carga horária	17	4,1
Preconceito	9	2,2
Falta de reconhecimento	104	25,3
Motivação	26	6,3
Outros	10	2,4
Total	411	100
Realização profissional		
Sim	308	74,9
Não	103	25,1
total	411	100

Os resultados quanto a distribuição dos Auxiliares de Enfermagem de acordo com o fato dos mesmos, possuírem ou não experiência com pediatria, quando começaram a trabalhar com esta clientela, nos referidos setores que fizeram parte do estudo, foram os seguintes: 46,5% disseram que já possuíam experiência com pediatria. 53,5% disseram que não possuíam experiência com pediatria. Conclui-se que a maioria dos Auxiliares do estudo não possuía experiência para a área de atuação específica, pediatria, quando começaram a trabalhar no mesmo.

Analisando-se a distribuição dos Auxiliares de Enfermagem quanto às dificuldades encontradas na profissão, o resultado foi: 59,6% relataram que a maior dificuldade era a baixa remuneração; 25,3% relataram a falta de reconhecimento profissional como a maior dificuldade; 6,3% responderam a falta de motivação; 4,1% a carga horária; 2,4% outros motivos, como falta de estrutura material e de recursos humanos para trabalhar, e 2,2% relataram que o preconceito com a profissão era o aspecto mais difícil para eles.

Os resultados da distribuição dos Auxiliares de Enfermagem quanto à realização profissional, foram os seguintes: 74,9% dos Auxiliares do estudo disseram que estão satisfeitos com a profissão. 25,1% responderam que não estão satisfeitos.

A tabela 6 demonstra as características dos Auxiliares do estudo em relação às oportunidades de realizar cursos de aprimoramento técnico-científico especializado para seu trabalho, ou seja, características de sua educação permanente.

Tabela 6 – Distribuição dos Auxiliares de Enfermagem que cuidam de crianças e adolescentes internados, de acordo com os aspectos da educação permanente, Recife, 2002.

Variáveis	N	%
Participação em programas de educação continuada		
Sim	303	73,2
Não	108	26,8
Total	411	100
Intervalo de tempo da participação em programas de educação continuada *		
06 meses	87	28,7
12 meses	72	23,8
18 meses	15	5,0
24 meses	39	12,9
> 24 meses	90	29,6
Total	303	100
Participação em programas de educação continuada em pediatria *		
Sim	108	35,8
Não	195	64,2
Total	303	100
Realização de programas de educação continuada em pediatria pela instituição **		
Sim	229	60,1
Não	152	39,9
Total	381	100
Liberação pela instituição para participar de programas de educação continuada em outros locais ***		
Sim	149	39,5
Não	228	60,5
Total	377	100

* Dados referentes aos participantes do estudo que referiram positivamente já ter participado de programas de educação continuada.

** 30 participantes do estudo não souberam responder.

*** 34 participantes do estudo não souberam responder.

Na distribuição dos Auxiliares de Enfermagem quanto a participação em programas de educação continuada voltados para sua profissão, o resultado encontrado foi o seguinte: 73,2% dos Auxiliares do estudo responderam que já participaram de programas de educação continuada. 26,8% responderam que nunca participaram de qualquer tipo de programa de educação continuada.

Com relação a distribuição destes Auxiliares de acordo com o intervalo de tempo de participação desses programas, encontrou-se os seguintes resultados: 28,7% dos entrevistados responderam que haviam participado de programas de educação continuada há seis meses; 23,8% responderam que há doze meses; 5% responderam que há 18 meses; 12,9% responderam que há 24 meses e 29,6% responderam que há mais de 24 meses participaram de algum tipo de programa de educação continuada.

Perguntado à população, que respondeu ter participado de programas de educação continuada, se esses cursos haviam sido direcionados para sua área de atuação específica, no caso, pediatria, 35,8% responderam que sim e 64,2% disseram que não, ou seja, a grande maioria dos Auxiliares do estudo que participaram de programas de educação continuada, o fez em áreas não específicas de sua atuação.

Analisando-se a distribuição dos Auxiliares de Enfermagem quanto a realização de programas de educação continuada em pediatria pela instituição para qual trabalham, observou-se os seguintes resultados: 7,3% não souberam responder. Dos 92,7% que responderam, 60,1% referiram que a instituição para qual trabalham já realizaram programas de educação continuada voltados para pediatria e 39,9% referiram que os programas de educação continuada realizados pela instituição para qual trabalham não foram direcionados para pediatria.

Com relação a distribuição dos Auxiliares de Enfermagem quanto a liberação pela instituição para participar de programas de educação continuada em outros locais, observou-se os seguintes resultados: 8,3% não souberam responder; dos Auxiliares que responderam afirmativamente, 39,5% responderam que são liberados; 60,5% responderam que não são liberados.

5 – Discussão

Observando os resultados em relação ao sexo, o presente estudo confirma a tradição histórica da Enfermagem ser hegemonicamente feminina. Este resultado corrobora com o estudo de Figueiredo e Silva (1997), realizado na cidade de Campinas (SP) com formandos do curso de Auxiliar de Enfermagem. A mesma proporção encontrada por estes autores, também foi encontrada por Porfírio et al (1992) na cidade de São Paulo (SP).

Em relação a idade, na faixa etária de 28 a 37 anos encontra-se quase metade da população entrevistada, seguida da faixa etária de 38 a 47 anos. Estes dados demonstram que os Auxiliares de Enfermagem do estudo estão no auge da sua vida produtiva. Rouquayrol (1999) refere que as pessoas entre 20 e 49 anos formam o grupo etário dos adultos jovens e que esta é a idade em que a massa da população inicia-se em alguma atividade profissional.

Observando os resultados da religião, verificou-se que metade da população do estudo que referiu possuir religião, é católica, seguida por um percentual importante de evangélicos. Comparando esses resultados com o estudo realizado em Campinas (SP) por Figueiredo e Silva (1997), observou-se um aumento importante no número de evangélicos. No estudo desses referidos autores foi encontrada uma parcela de 59,59% de católicos

e 23,75% de evangélicos. Os dados mais recentes do censo demográfico brasileiro de 2000 indicaram crescimento de praticamente 100% no número de evangélicos, de 13,2 milhões em 1990 para 26,6 milhões em 2000. Os evangélicos cresceram 8% ao ano na década de 90, enquanto os católicos tiveram um aumento anual de apenas 0,3%. Além dos evangélicos, outro grupo que apresentou crescimento foi o de pessoas sem religião. A taxa anual destes foi de 6,7%. No referido estudo a porcentagem de freqüência de pessoas sem religião foi de 2,9%. No caso dos católicos, o menor crescimento regional aconteceu no Nordeste, cuja taxa foi de apenas 0,1%, sendo que na Paraíba, Pernambuco e Bahia chegou a haver um declínio no nº absoluto.

Há uma relação muito grande entre a religião e as práticas de saúde, como a própria história relata. Geovanini et al (2002) referem que seja qual for o ângulo de análise, a retomada do passado vem demonstrar que as práticas de saúde são tão antigas quanto a humanidade, porque são inerentes à sua própria condição de sobrevivência. Desenvolveram-se entre as primeiras civilizações do oriente e do ocidente, destacando-se tanto nos velhos países do continente europeu, como nas culturas orientais. Estas práticas foram influenciadas pelas doutrinas e dogmas das mais diversas correntes religiosas. A assistência de Enfermagem, durante muito tempo, esteve associada aos religiosos, devido serem estes a prestar os cuidados aos doentes nos Hospitais Militares e nas Santas Casas de Misericórdia.

Os dados do estado civil revelam que praticamente a metade da população entrevistada é casada, seguida por um número importante de solteiras. Figueiredo e Silva (1997), em Campinas (SP), assim como Porfírio et al (1992), em São Paulo (SP), encontraram valores inversos ao do referido estudo. Estes autores encontraram que 44% da população alvo eram de solteiros e 41% de casados. O fato dos entrevistados ser quase na sua maioria de pessoas casadas, demonstra o aspecto importante da sua responsabilidade e compromisso com os afazeres domésticos e familiares, realidade que muitas vezes, como bem sabemos, o afasta de alguns eventos

importantes para sua profissão, por não ter quem o substitua nestes afazeres.

Quanto ao número de filhos, mais da metade da população do estudo possuem filhos. Deste total, 46% possuem dois filhos e 28% têm apenas um filho. Devido a escassez de informações sobre o perfil do Auxiliar de Enfermagem, procurou-se dados de outras mulheres trabalhadoras para eventuais comparações, já que a amostra deste estudo é predominantemente feminina. Como no decorrer da coleta de dados, muitos Auxiliares de Enfermagem referiram que são os responsáveis pelo sustento de suas famílias, embora não tenha sido feito o registro escrito desse relato, procurou-se comparar alguns resultados com as estimativas de 2001 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre o perfil da mulher responsável pelo domicílio. No caso de nº de filhos, o IBGE refere que a média destas mulheres é de 2 filhos, estando os Auxiliares de Enfermagem do estudo, portanto, dentro da média das mulheres brasileiras que trabalham e que se encontram na faixa de um a dois filhos.

No que se refere ao grau de escolaridade, constata-se que a grande maioria dos Auxiliares de Enfermagem entrevistada possui o ensino médio completo, uma pequena parcela está na faculdade e que um número reduzido já concluiu o ensino superior. Observa-se, portanto, ao contrário do que se pensa, que os Auxiliares entrevistados têm um nível intelectual acima do esperado e que incentivando o crescimento destes profissionais, haverá possibilidade de uma maior participação dos mesmos nos processos decisórios e de criação nos serviços de Enfermagem, qualificando ainda mais a assistência. Pelos resultados também se percebe que a maioria realizou seus estudos do ensino fundamental em escolas públicas, o que não foi obstáculo para seu prosseguimento, já que alguns chegaram até a faculdade. A educação é a expressão de um movimento social e cuja prática traduz um conjunto de valores representados de várias maneiras, mas, sobretudo por duas palavras: cidadania e democracia. Infelizmente, no nosso país, ainda não há um pensamento universal a esse respeito, e as

escolas públicas, como bem sabemos, não possuem a mesma força e poder de ensino que as escolas particulares, devido a uma conjuntura de fatores sociais, econômicos e, principalmente, políticos, mas nem por isso devem ser usadas como desculpas para a falta de continuidade dos estudos.

O curso profissionalizante dos Auxiliares de Enfermagem do estudo foi realizado, em sua maioria, em escolas particulares, o que nos leva a imaginar as dificuldades financeiras que muitas vezes a família desse, então aluno, deve ter enfrentado para que o mesmo conseguisse realizar o curso, já que outros gastos, fora as mensalidades, estavam incluídos, como, transporte, alimentação e material didático. Os motivos principais pela escolha do curso foram a afinidade pela área e o mercado de trabalho. O interesse pela área também foi o principal motivo encontrado nos estudos de Figueiredo e Silva (1997) em Campinas (SP).

Quanto a renda pessoal mensal em salário mínimo, 55% dos Auxiliares entrevistados ganham de 1 a 2 salários mínimos, seguidos por 30,7% que ganham de 2 a 3 salários mínimos, ou seja, 85,7% da população do estudo ganham entre 1 a 3 salários mínimos vigentes na realização da pesquisa, isto é, de R\$ 200,00 a 600,00. Os dados da estimativa de 2001 do IBGE referem que nos últimos dez anos a renda média das mulheres responsáveis pelos domicílios no país foi ampliada de R\$ 365,00 para R\$ 591,00. Assim percebe-se que os Auxiliares de Enfermagem do estudo possuem a mesma média de faixa salarial das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil.

Ainda segundo esta estimativa do IBGE sobre as mulheres responsáveis pelos domicílios, em nove estados do nordeste e ainda Tocantins, a renda média é de apenas um salário mínimo. Comparando-se os valores entre as trabalhadoras do nordeste com as do sudeste, as nordestinas ficam em desvantagem, a renda média das mesmas fica por volta de R\$ 370,00, enquanto as do sudeste chega a R\$ 712,00 mensais.

Para as mulheres, a década de 90 foi marcada pelo fortalecimento da sua participação no mercado de trabalho e o aumento da responsabilidade no comando das famílias. De acordo com os demógrafos do IBGE, a renda dessas mulheres representa 70% do orçamento familiar. No presente estudo, 97,3% dos Auxiliares de Enfermagem contribuem com sua renda pessoal mensal para o orçamento familiar, ajudando assim nas despesas do lar. Destas, 66% afirmaram que contribuem com toda a sua renda pessoal para os custos familiares.

Pereira (2000) refere que a sociedade está estruturada em classes. Cada família, com os membros que a compõem, pertence a uma mesma classe social. Esta tem a sua própria homogeneidade, em termos de ocupação, grau de instrução, prestígio, poder aquisitivo e possibilidades de consumo. Ao nascer, a pessoa já tem fixado parte de sua trajetória na vida, delimitada pelas aspirações e perspectiva próprias de sua família, do meio onde vive e da classe em que está inserida. Embora haja alguma mobilidade entre camadas sociais, menor no passado e maior na atualidade, muitos fatores reforçam a rigidez desta estratificação, dentre os quais o poder aquisitivo, o nível de instrução e o direcionamento do tipo de ocupação de pai para filho para manutenção das despesas familiares.

Analisando-se os dados encontrados sobre a organização profissional, um resultado que surpreendeu foi que a maioria dos Auxiliares de Enfermagem do estudo possui um só emprego. É de conhecimento geral que os profissionais da área de saúde possuem mais de um vínculo empregatício como forma de aumentar a renda pessoal, e tanto o Enfermeiro como os Auxiliares de Enfermagem estão inseridos nesta regra. Daí a surpresa de ter encontrado no estudo justamente o contrário, embora uma outra grande parcela esteja na regra comentada anteriormente, ou seja, possui mais de um vínculo empregatício.

Segundo Geovanini et al (2002), a Enfermagem é apontada como detentora de percentual superior a 50% do contingente de recursos

humanos do setor de saúde, sendo responsável pela maior parcela da prestação de serviços de saúde à sociedade. Contudo, a desvalorização dos profissionais, por questões de baixos salários no mercado, faz com que eles assumam jornadas duplas e triplas de trabalho, o que no estudo é evidenciado por 43,3% da população alvo que assumem plantões diurnos e noturnos simultaneamente.

Quando questionados sobre o número de horas trabalhadas semanalmente, percebe-se uma divisão quase que proporcional entre as categorias mencionadas, embora o número de pessoas do estudo que trabalham mais de 41 h semanais tenha predominado e que, dentre estes, um percentual bastante considerável de Auxiliares de Enfermagem trabalham mais de 60 h semanais.

Tais dados demonstram que com uma carga horária dessas a qualidade da assistência pode se tornar deficiente, além disso, pode contribuir para a insatisfação pessoal e para riscos à saúde tanto de quem recebe os cuidados, como de quem os oferece. A excessiva carga horária de trabalho é também responsável pelas freqüentes faltas do funcionário ao serviço, fato este bastante vivenciado pelos enfermeiros na sua rotina de trabalho (SOUZA, 1993).

Esse absenteísmo freqüente causa um círculo vicioso, pois traz maior sobrecarga de trabalho aos que comparecem ao serviço, levando-os a também faltarem. Carvalho e Lima (2001) relatam que tanto a sobrecarga quanto a carga muito pequena de trabalho provocam ansiedade e frustração e que segundo especialistas e profissionais que trabalham com psicopatologias do trabalho, as situações que trazem ansiedade ao trabalhador gera desgaste não apenas emocional, mas também físico.

Essa carga horária excessiva, gerada muitas vezes pela necessidade de mais de um emprego como única forma de aumentar a renda e melhorar a qualidade de vida da família, também dificulta a

participação desses funcionários em programas de educação continuada fora do seu ambiente de trabalho, já que dificilmente o mesmo terá disponibilidade de tempo, sem falar na possibilidade de outros compromissos que, provavelmente, podem tomar essa folga, como por exemplo, os afazeres domésticos, os filhos, etc.

Baseando-se na experiência cotidiana da autora, sente-se na prática a necessidade de um investimento na qualificação desses profissionais que formam o nível médio da Enfermagem. É fundamental que estes profissionais sejam informados da necessidade de aperfeiçoamento contínuo através dos serviços de educação continuada, para que possam manter-se atualizado. A falta de atualização do profissional impede a sua adaptação às mudanças de práticas e avanços de tecnologia. De acordo com a literatura, pode-se afirmar que para uma assistência de boa qualidade torna-se extremamente necessário investir na capacitação técnico-científico desses profissionais.

Para tal investida é preciso ser levada em consideração aspectos sobre a organização dessa capacitação, e um desses aspectos é a disponibilidade de tempo e horário de quem vai participar dessa qualificação. De acordo com este estudo, uma importante parcela dos Auxiliares de Enfermagem tem mais de um vínculo empregatício, como já foi comentado anteriormente, o que, de certa forma, os levam a trabalhar nos dois turnos do dia. Embora no respectivo estudo a maioria dos participantes trabalhe em um só horário (ou diurno, ou noturno), a outra grande parcela atua nos dois horários, ou seja, trabalham de dia em um serviço e dão continuidade à noite em outro local. Dessa forma, um constante incentivo tem que ser proporcionado a este profissional, caso contrário, o fato de ter que trabalhar nos dois turnos do dia pode afasta-lo ainda mais do aprimoramento técnico-científico devido a indisponibilidade de horário e ao cansaço físico e emocional que a carga horária excessiva de trabalho leva.

Além disso, outros fatores também são relevantes, tais como a experiência anterior deste profissional na área de atuação, para que a qualificação seja organizada adequadamente e gradualmente o conhecimento seja transmitido na ordem do menor para maior complexidade. Principalmente nos casos em que a área de atuação da assistência seja a pediatria. O manejo da criança e do adolescente requer um preparo apurado desse profissional, larga escala de conhecimentos, habilidades técnicas e domínio emocional, já que o lidar com crianças envolve forte componente psicológico. No referido estudo, a maioria dos Auxiliares de Enfermagem entrevistados relatou que não possuía experiência na assistência pediátrica, quando começou a trabalhar com este tipo de clientela nas instituições para qual prestam serviço.

Com base nas experiências vivenciadas, é fundamental, que na locação desse funcionário, seja considerada sua experiência em relação ao setor para onde será remanejado, para que o mesmo não se sinta deslocado no local, acontecendo muitas vezes de nem saber por onde iniciar o desenvolvimento de suas tarefas na nova unidade de trabalho.

Na prática, observa-se que a não consideração de fatos importantes como estes, pode resultar em funcionários desmotivados, faltosos, com elevados índices de erros na execução das atribuições, relações interpessoais deficientes e, em consequência disso, elevado número de queixas por parte de usuários e equipe, gerando um desequilíbrio entre os indivíduos do grupo.

Antunes & Santanna (1996) em seus estudos sobre motivação no trabalho da Enfermagem, comenta que, se na instituição existe um elevado grau de motivação, os trabalhadores certamente serão mais produtivos. Desta forma, se este profissional estiver altamente motivado para seu trabalho, exercerá influência positiva sobre as pessoas com as quais trabalha, contribuindo para que sua ação administrativa seja eficiente.

Outro ponto importante é o questionamento deste profissional sobre suas principais queixas em relação a profissão, já que problemas mal resolvidos podem dificultar ainda mais o processo de aprendizagem e, conseqüentemente, de qualificação. Como já era esperado, a grande maioria reclamou da questão salarial, sendo esta queixa bastante comum em qualquer classe profissional e que não tem como ser resolvida no âmbito de um processo educacional. A segunda queixa mais referida, chama atenção devido ao que pode proporcionar na vida deste profissional, já que a falta de reconhecimento da sua atuação pode levar a um mau desempenho de suas atividades.

Fatores como estes podem resultar no sentimento de desvalorização, gerando insatisfação e problemas de relações interpessoais entre os elementos da equipe multiprofissional, e, conseqüentemente, desqualificação da assistência de Enfermagem. O ser humano produz melhor quando se sente importante, valorizado no seu ambiente de trabalho. É necessário conceder a cada pessoa um espaço para crescer, a fim de que ela se perceba produtiva, fazendo parte daquele espaço.

Paim (1991) refere que os profissionais de Enfermagem precisam se conscientizar de que sem a força do trabalho deles, o atual sistema de assistência nos serviços de saúde não existe. O trabalho da Enfermagem é utilizado construindo juntos um projeto unificado o qual coordena os anseios da qualificação da assistência, e desenvolve as lutas pelo posicionamento e valorização profissional. Estes fatos existem como reflexo das suas características econômica e social, por ser um trabalho feminino e manual que tem seu espaço definido pelas leis competitivas do mercado de trabalho.

Muito se comenta sobre a questão do reconhecimento que a Enfermagem desfruta no seio da sociedade. Em sua maioria pessimista, as conclusões levam a crer que essa profissão não desfruta do reconhecimento social como categoria prestadora de serviço importante para a sociedade

devido fugir à aparição pública como executor direto ou indireto dos serviços prestados no atendimento ao doente. Ele não participa como referência de destaque nos relatórios e avaliações públicas dos serviços de saúde prestados a população.

O mercado de trabalho da Enfermagem teve origem no serviço sacerdotal de religiosos, no trabalho escravo e na valiosa dedicação de voluntários ao tratamento de doentes. Enquanto existia como simples ocupação, o trabalho de Enfermagem era profundamente exaustivo e devocional. A idéia de relacionar o cuidado dos doentes ao ato caridoso de servir e aproximar-se de Deus sobreviveu por muitos séculos. Com o surgimento da ordem capitalista e de novos enfoques para a ciência médica, a atividade ocupacional de Enfermagem foi enquadrada nas novas formas de relações da sociedade, buscando a partir daí, entre outras coisas, a valorização profissional.

Geovanini et al (2002) comenta que a desvalorização desses profissionais começa pela questão dos baixos salários no mercado, fazendo com que eles assumam duplas ou triplas jornadas de trabalho, colocando em risco suas condições de vida e saúde, além de resultar no inevitável quadro de desinteresse do crescimento profissional e afastamento das causas sociais que envolvem o exercício profissional.

Para que estes profissionais possam estar envolvidos para acompanhar a evolução do conhecimento é preciso que eles se sintam valorizados e motivados.

O processo educativo dentro do trabalho tem a finalidade de manter o profissional atualizado e preparado para suas atividades, sendo um conjunto de práticas educacionais planejadas para promover oportunidades de desenvolvimento do ser humano de forma contínua e sistemática. Como salienta Gadotti (1992), a educação é uma forma de humanização do ser

humano, pois conduz ao conhecimento da realidade, a qual está inserida e fornece subsídios para a construção de consciência crítica e autônoma.

Dessa forma, se tornou imprescindível o questionamento desses Auxiliares de Enfermagem sobre sua educação permanente e o primeiro passo foi aborda-los em relação a sua participação em programas de educação continuada. Embora a grande maioria tenha respondido já ter participado de programas de educação continuada, chama atenção o número de profissionais que referiu o contrário, ou seja, que nunca participou de tais eventos.

Entender a educação como um processo que não se esgota é o primeiro passo para o crescimento de uma profissão e de seus profissionais. O profissional que percebe isto encontrará durante toda sua vida de trabalho situações de ensino e aprendizagem.

Saupe (1998) coloca que há várias formas de educação profissional em instituições de saúde, entre elas treinamentos e cursos para a execução qualificada do trabalho.

Souza (1997) concebe o trabalho como um conjunto de ações que o ser humano, com uma finalidade prática, com a ajuda do cérebro, das mãos, de instrumentos ou de máquinas, exerce sobre a matéria, ações, que por sua vez, reagindo sobre o ser humano, modificam-no. Pode-se dizer que o trabalho da Enfermagem é ação do ser humano sobre outro ser, com a finalidade de prestar o cuidado, utilizando-se como instrumento de trabalho as mãos e equipamentos, para exercer sobre outro ser humano ações curativas, preventivas e educativas.

Salum e Prado (2000) referem que neste sentido, o treinamento técnico que habilita o ser humano para trabalhar com a máquina, não é suficiente como objetivo de capacitação, é preciso uma capacitação que prepare os profissionais para lidar com pessoas, que saiba

criar, se posicionar, refletir e agir. Leopardi (1999) afirma que a Enfermagem pode recriar todo o processo educativo, mais instrumentalizado, transformado, para dar conta de um trabalho que não é simples transferência de informações aos indivíduos.

Dessa forma, o processo educativo seria mais bem aproveitado se o intervalo entre suas realizações fosse curto e que o mesmo ocorresse de forma contínua, já que os programas de educação continuada têm como meta proporcionar assistência de elevada qualidade através do aperfeiçoamento sistematizado. É essencial que esses programas tenham caráter permanente e sejam periodicamente revisados. O intervalo de tempo da participação dos Auxiliares de Enfermagem do estudo em programas de educação continuada, variou entre 6 e 12 meses anterior a data da entrevista, embora uma boa parcela tenha referido sua participação há mais de 24 meses. Este resultado reflete, de certa forma, a falta de incentivo desses profissionais na participação de tais eventos, além da falta de continuidade do processo.

Questionados quanto a participação em programas de educação continuada em pediatria, surpreendentemente, mais da metade dessa população respondeu que não, ou seja, os cursos já realizados não haviam sido voltados para sua área de conhecimento e atuação, ou seja, a assistência infantil.

Resgatar a qualidade de assistência, na prática, tornou-se um desafio para os Enfermeiros, uma vez que são os elementos responsáveis pela equipe de Enfermagem, e que observam ainda com muita frequência o despreparo técnico deste pessoal por falta de capacitação básica, ou seja, o conhecimento e domínio das técnicas de Enfermagem inerentes a profissão.

É de suma importância o incentivo quanto a participação em eventos que vão contribuir para melhorar a assistência que faz parte da sua prática do dia-a-dia e para tal fim, se torna fundamental o levantamento das

necessidades do grupo para elaboração dos programas de educação continuada, a fim de que haja envolvimento de todos os participantes, para que os resultados possam ser úteis para as resoluções dos problemas identificados.

Oliveira (1993) comenta que o conhecimento de tais necessidades constitui o marco inicial para a elaboração dos programas, os quais devem estar voltados para o seu pronto atendimento.

Souza (1993) em seus estudos sobre educação continuada ressalta que programas nesta área não podem ficar ao sabor do acaso, mas que os mesmos devem ser planejados de forma individual ou organizacional e avaliados sistematicamente. Desta forma, esse processo irá relacionar teoria e prática em benefício da assistência prestada.

Quando indagados sobre a realização de programas de educação continuada em pediatria pela instituição para qual trabalham, a maioria afirmou que a instituição com a qual possui vínculo empregatício, já realizou programas de educação continuada específicos para a referida categoria, embora seja bastante significativo, para a autora do estudo, os 39,9% que referiram o contrário, ou seja, estes números revelam que os programas de educação continuada precisam ser mais bem divulgados para que o público alvo tenha conhecimento do processo educativo e assim possa participar do mesmo.

Vale salientar que para que os programas de educação continuada possam ser realizados de forma eficiente pelas instituições, são necessários, além dos recursos humanos, os recursos materiais, financeiros e físicos de forma adequada e disponível. É importante ainda, que a instituição ofereça as mínimas condições de trabalho, para que desta forma, os profissionais envolvidos com a educação continuada desenvolvam suas atividades de maneira eficiente e contínua, fazendo parte dessa

programação tanto os antigos funcionários, como, principalmente, os novos (DAVIM et al, 1999).

Como os programas de educação continuada em Enfermagem possui como objetivo qualificar a prática, através do aperfeiçoamento sistematizado do pessoal, é imprescindível o incentivo desses profissionais na participação em tais eventos.

Questionados sobre a possibilidade de serem liberados pela instituição para participarem de programas de educação continuada em outros serviços, mais da metade dos Auxiliares de Enfermagem entrevistados responderam que não são liberados, que não há este tipo de incentivo na prática.

Com os avanços científicos e tecnológicos surge a necessidade de capacitação contínua dos profissionais, a fim de que possa assegurar uma assistência de boa qualidade à clientela. Assim, as instituições precisam, em particular, os serviços de saúde, acompanharem as mudanças num compromisso de oferecer à comunidade, uma boa assistência. O incentivo à capacitação profissional é fundamental para que o indivíduo se sinta valorizado, o que conseqüentemente, o tornará mais participativo, produtivo e autônomo sobre sua prática profissional.

Oliveira (1993) refere que a falta do incentivo é responsável por uma série de problemas que diretamente afeta a clientela. Na prática, experiências comprovam que a maioria dos confrontos ocorreu por falta de adaptação do funcionário diante de determinadas situações, o que é gerada pelo não aperfeiçoamento do mesmo, diante de problemas que lhe exigem mudanças. Em conseqüência, surgem os desequilíbrios comportamentais, psíquicos e até mesmo somáticos pelo bombardeio de exigências que lhe são impostas .

A referida autora ainda comenta que o incentivo à capacitação mantém o profissional adaptado aos objetivos da instituição e amadurecido para enfrentar novas mudanças. É de fundamental importância a valorização dos recursos humanos, o que reverterá em satisfação pessoal e profissional dos mesmos e, conseqüentemente, elevar-se-á o padrão da assistência prestada ao cliente.

A necessidade do desenvolvimento do homem por meio do processo de educação continuada é evidente e bastante clara mediante as inúmeras mudanças advindas dos avanços científicos e tecnológicos. As instituições devem valorizar os seus profissionais através deste valioso processo, o qual, constitui requisito básico para o crescimento profissional. É indiscutível que o desenvolvimento profissional significa o crescimento da instituição.

6 – Considerações finais

Analisando as características demográficas, sociais, de formação acadêmica e profissional, econômicas, da organização profissional e da educação permanente dos Auxiliares de Enfermagem que prestam assistência à criança e ao adolescente nos hospitais com atendimento pelo SUS na cidade do Recife, encontramos:

População predominantemente feminina, com idade variando entre os 27 e 38 anos. Casados, católicos, com uma média de dois filhos. Renda pessoal mensal em torno de 1 a 3 salários mínimos, sendo esta contribuída em sua totalidade para o orçamento familiar. Profissionais com o ensino fundamental realizado em escolas da rede pública de ensino. A grande maioria possui o ensino médio completo e realizou o curso profissionalizante em escolas particulares, relatando como motivos principais pela escolha do curso a afinidade pela área e o mercado de trabalho. Mais da metade da amostra tem um só emprego e referiu que não possuía experiência com pediatria quando começou a trabalhar com esta clientela. O número de horas trabalhadas por semana é mais de 41 h, com predominância do turno diurno. As principais dificuldades encontradas na profissão são o salário e a falta de reconhecimento profissional, mas, apesar dessas dificuldades, a grande maioria dos entrevistados, referiu ser realizado profissionalmente.

Em relação a educação permanente, a grande maioria já participou de programas de educação continuada, embora grande parte desses programas não tenha sido direcionada para a área específica de pediatria. A última participação da maioria da amostra em tais eventos ocorreu entre seis e doze meses atrás, mas um número importante referiu a última participação há mais de dois anos. As instituições para qual trabalham, segundo a maioria dos Auxiliares de Enfermagem entrevistados, já realizaram programas de educação continuada em pediatria e não os liberam para participarem de eventos educativos em outros locais.

7 – Recomendações

Diante da realidade e do desafio de desenvolver profissionais capazes de responsabilizar-se pela prestação de melhores serviços à criança e ao adolescente, sugerimos que:

As discussões sobre o processo de educação continuada sejam aprofundadas nas instituições, visando despertar não só nos Auxiliares de Enfermagem, mas, principalmente nas chefias, a importância do mesmo para manter a qualidade da assistência de Enfermagem;

Os Auxiliares de Enfermagem sejam envolvidos no processo de elaboração do programa de educação continuada para que a discussão sobre as dificuldades, deficiências e necessidades para desenvolvimento de sua prática sejam ouvidas e consideradas, visando assim minorá-las;

Os programas de educação continuada sejam implementados de acordo com a experiência da categoria para qual está sendo direcionado o programa;

As instituições incentivem a participação dos Auxiliares de Enfermagem em programas de educação continuada, mesmo quando estes são realizados em outros locais, visando o desenvolvimento mútuo do seu pessoal com vistas à qualificação da assistência;

Torna-se necessário que para o desenvolvimento dessas atividades, quando realizadas fora do seu horário de trabalho, sejam consideradas a disponibilidade e compatibilidade de horários dos Auxiliares de Enfermagem, já que uma boa parcela possui mais de um emprego e trabalha tanto de dia como à noite.

Os dirigentes das instituições e as chefias de Enfermagem acompanhem as mudanças com o compromisso de oferecer uma boa assistência. Para isso, o ponto principal é compreender que as pessoas constituem o recurso mais importante. É fundamental investir nos recursos humanos para assegurar aos usuários o direito de serem bem assistidos.

O incentivo à capacitação profissional é imprescindível para que o indivíduo se sinta valorizado e reconhecido, o que conseqüentemente, o tornará participativo e produtivo. É de suma importância a valorização dos recursos humanos, o que reverterá em satisfação pessoal e profissional dos mesmos, elevando-se assim o padrão da assistência prestada à clientela.

8 – Referências Bibliográficas

ARAÚJO, L.C.A. Tendências Pedagógicas no Ensino Médio de Enfermagem: Representações Sociais. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2001, 143 p.

ANTUNES, A.V.; SANTANNA, L. R. Satisfação e Motivação no Trabalho do Enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 49, n. 3, p. 425-434, 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. **Referenciais para Formação de Professores**. Secretaria de Educação. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos para Saúde**. Brasília, SUS, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE)**. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Brasília, 2001.

CAMBRIDGE, L. A. **História Ilustrada da Medicina**. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ, Editora Revinter, 2001.

CARVALHO, D. V.; LIMA, E. D. R. de P. Sintomas Físicos de Estresse na Equipe de Enfermagem de um Centro Cirúrgico. **Revista Nursing**, v. 34, p. 54-80, mar/2001.

CECCIN, R. B. A Ciência e a Arte de um Saber-Fazer em Saúde. In: **Marcas da Diversidade: Saberes e Fazeres da Enfermagem Contemporânea**. Porto Alegre, RS, Editora Artes Médicas, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Documentos Básicos do COFEN**. Rio de Janeiro. 2000.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO (COREN). **Censo 2001**. Recife, PE, 2002.

CORDEIRO, H. **A Reforma Sanitária: Bases Estratégicas e Operacionais para a Descentralização e Unificação do Sistema de Saúde**. INAMPS, Rio de Janeiro, RJ, 1986.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. de V.; SANTOS, S. R. dos. Educação Continuada em Enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade-escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 7, n. 5, p. 43-49, Ribeirão Preto, SP, dez/1999.

DAVINI, M. C. Práticas Laborales em los Servicios de la Salud: las condiciones del aprendizaje en educación permanente de personal de la salud. EUA: **Organización Panamericana de la Salud**, 1994. (série desarrollo de recursos humanos).

DELUIZ, N. A. Globalização Econômica e os Desafios a Formação Profissional. **Boletim Técnico do SENAC**, v. 22, n. 2, mai/ago, 1996.

DELUIZ, N. A. Qualificação, Competências e Certificação: visão do mundo do trabalho. In: **Seminário de Certificação de Competências para a Área de Saúde: os desafios do PROFAE**. Nov/2000, Brasília, DF.

DIAS, E. F. Hegemonia: nova civilità ou domínio ideológico? Notas para uma pesquisa. In: **Revista História & Perspectivas**, n. 5, p. 5-44, 1991.

DILLY, C. M. L.; JESUS, M. C. P. de. **Processo Educativo em Enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo, SP, Editora Robe, 1995.

DOURADO, H. G. Oportunidade de Educação para o Pessoal de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 30, n.5, p.71-74, 1997.

EINLOFT, L. et al. **Manual de Enfermagem em UTI Pediátrica**. Rio de Janeiro, RJ, Editora MEDSI, 1996.

FIGUEIRA, D. G. **História Geral**. 1ª ed, São Paulo, SP, Editora Ática, 2002.

FIGUEIREDO, R. M.; SILVA, M. A . Perfil dos Futuros Auxiliares de Enfermagem da Cidade de Campinas-SP em 1995: Motivos, Expectativas e Dificuldades Relacionadas ao Curso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 89-96, jan/1997.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro, RJ, Editora Forense Universitária, 1987.

FREITAG, B. **Escola, Estado e Sociedade**. 6ª ed. São Paulo, SP, Editora Moraes, 1990.

FRIGOTTO, G. A base é o que importa. **Jornal do Brasil**. Empregos e Educação Para o Trabalho, Rio de Janeiro, RJ, p. 1-2, 28/02/1999.

GADOTTI, M. **Escola Cidadã**. São Paulo, SP, Editora Cortez Associados, 1992.

GEOVANINI, T. et al. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ, Editora Revinter, 2002.

GERMANO, R. M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil**. São Paulo, SP, Editora Cortez, 1993.

HIRATA, H. Da Polarização das Qualificações ao Modelo da Competência. In: **Novas Tecnologias, Trabalho e Educação: Um debate Multidisciplinar**. Rio de Janeiro, RJ, Editora Vozes, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico e estimativas**. 2001. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfildamulher>

KOIZUMI, M. S. et al. Educação Continuada da Equipe de Enfermagem nas UTIs do Município de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 33-41, Ribeirão Preto , SP, jul/1998.

KURCGANT, P. **Administração em Enfermagem**. São Paulo, SP, Editora Pedagógica e Universitária (E. P. U.), 1991.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A . **Metodologia Científica**. 5ª ed, São Paulo, SP, Editora Atlas, 2001.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis, SC, Editora Papa Livros (UFSC), 1999.

LIMA, M. J. **O que é Enfermagem**. São Paulo, SP, Editora Brasiliense, 1993.

LINHARES, M. Y. **História Geral do Brasil**. 9ª ed, São Paulo, SP, Editora Campus, 2001.

LUCKESI, M. A. V.; NUNES, R. S. Educação em Serviço: fatos de desenvolvimento de recursos humanos em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p-54-80, 1990.

MACHADO, W. C. A. **Minha Prisão Sem Grades: uma abordagem semiótica de reabilitação em Enfermagem**. Goiânia, GO, Editora Kelps, 1999.

MELO, C. M. M. de. **Divisão Social do Trabalho e Enfermagem**. São Paulo, SP, Editora Cortez, 1986.

MOREIRA, A. Desmistificando a Origem da Enfermagem Brasileira. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (UFRJ). Rio de Janeiro, RJ, 1990.

NAKAMAE, D. D. Mudanças no Perfil do Estudante da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em Quinze Anos – 1973 a 1988. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 26, n.1, p. 9-16, São Paulo, SP, mar/1992.

NUNES, T. C. M. **Educação Continuada, Uma Proposta para a Área de Epidemiologia do SUS**. Brasília: CENEP/MS, mar/abr, 1993.

OLIVEIRA, M. G. Educação Continuada em Enfermagem. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1993.

OLIVEIRA, M. W. A Relação entre Licenciaturas em Enfermagem e a Problemática do Exercício Profissional em Equipe. In: **I Encontro de**

Professores do Ensino Médio em Enfermagem: Desafios de sua Formação e Prática. Faculdade de Educação, UNICAMP, Campinas, 1995.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Continuando la educación de los trabajadores de salud:** principios e guías para el desarrollo de un sistema. Ginebra, 1982.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Oficina Regional de la Organización Mundial de La Salud. **Educación continua;** guía para la organización de programas de educación continua para el personal de la salud. Washington, 1980.

PAIM, L. Carência do Enfermeiro. In: **7º Encontro Nacional de Enfermeiros de Hospitais de Ensino**, Cuiabá, 1991.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem.** 7ª ed, Rio de Janeiro, RJ, Editora Júlio C. Reis, 1986.

PEDUZZI, M. Mudanças Tecnológicas e seu Impacto no Processo de Trabalho em Saúde. In: **Seminário de Formação Técnica em Ciência e Tecnologia em Saúde:** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Osvaldo Cruz, 1997.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia – Teoria e Prática.** 4ª ed, Rio de Janeiro, RJ, Editora Guanabara-Koogan, 2000.

PIRES, D. **Hegemonia Médica na Saúde e Enfermagem.** São Paulo, SP, Editora Cortez, 1990.

PORFÍRIO, R. M. Perfil Sócio-Econômico-Cultural do Estudante de Auxiliar de Enfermagem de São Paulo-SP. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.45, p.290-301, 1992.

RESENDE, A. L. M. de. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo, SP, Editora Cortez, 1996.

ROUQUAYROL. M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 5ª ed, Rio de Janeiro, RJ, Editora Medsi, 1999.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. do. Educação Continuada no Trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalho de Enfermagem. **Revista Texto & Contexto de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 298-311, Florianópolis, SC, mai/ago 2000.

SAUPE, R. **Educação em Enfermagem**. Florianópolis, SC, Editora Universitária-UFSC, 1998.

SANTOS, I. GAUTHIER, J. **Enfermagem: Análise Institucional e Sócio-Poética**. Rio de Janeiro, RJ, Editora Universitária-UFRJ, 1999.

SOUZA, M. B. B. de. A Gênese da Educação Continuada em Enfermagem e seu Percurso Histórico no HCRP/USP – 1956-1986. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP) São Paulo, SP, 1993.

SOUZA, M. L. Educação no Trabalho. In: **Fazendo a Diferença da Profissionalização em Enfermagem no Estado de Santa Catarina**. Série Auxiliar de Enfermagem, v.5, Florianópolis, SC, Editora Universitária-UFSC, 1997.

VIEIRA, A. L. S. Perfil do Nível Elementar de Enfermagem no Estado do Rio de Janeiro: Caracterização da Demanda para a Profissão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 45, p. 15-20, 1992.

VIETTA, E. P. Tomada de Depoimento Pessoal de Enfermeiros Hospitalares da Década de 50: Subsídios para a compreensão da Enfermagem Atual. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 3, p. 19-35, 1995.

9 – Anexos

ANEXO - 1 – Roteiro de questionário

ANEXO - 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido

ANEXO - 3 – Aprovação do Comitê de Ética

ANEXO 1

ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO

DATA:

REGISTRO:

INSTITUIÇÃO:

1) DADOS DEMOGRÁFICOS:

a) Sexo : ☐ M ☐ F

b) Idade: _____

2) DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS:

a) Grau de escolaridade: ☐ 1º grau completo ☐ 2º grau incompleto ☐ 2º grau completo ☐ 3º grau incompleto ☐ 3º grau completo

b) 1º Grau: ☐ público ☐ particular. 2º Grau: ☐ pública ☐ particular. 3º Grau: ☐ público ☐ particular

c) Estado civil: ☐ solteira(o) ☐ casada(o) ☐ separada(o) ☐ divorciada (o) ☐ viúva

d) Número de filhos: _____

e) Religião: ☐ nenhuma ☐ católica ☐ evangélica ☐ espírita ☐ outras

f) Renda pessoal total: _____

g) Contribui para renda familiar: ☐ sim ☐ não

h) Caso a resposta anterior tenha sido afirmativo, com quanto você contribui: ☐ todo orçamento pessoal ☐ metade do orçamento pessoal ☐ mais da metade do orçamento pessoal ☐ menos da metade do orçamento pessoal

i) Nível de instrução do pai: ☐ analfabeto ☐ 1º grau incompleto ☐ 1º grau completo ☐ 2º grau incompleto ☐ 2º grau completo ☐ 3º grau incompleto ☐ 3º grau completo ☐ não sabe

j) Nível de instrução da mãe: () analfabeta () 1º grau incompleto () 1º grau completo
() 2º grau incompleto () 2º grau completo () 3º grau incompleto () 3º grau completo () não sabe

l) Situação ocupacional do pai: () desempregado () empregado () autônomo () do lar () aposentado () falecido () não sabe

m) Situação ocupacional da mãe: () desempregada () empregada () autônoma () do lar () aposentada () falecida () não sabe

n) Situação ocupacional do companheiro(a): () desempregado(a) () empregado(a) () autônomo(a) () do lar () aposentado () falecido () não sabe () não se aplica

3 – DADOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

a) Início do curso: _____ Término do curso: _____

b) Escola em que se formou: _____

c) A escola de formação profissional era pública ou privada?

d) Você realizou estágios durante o curso profissionalizante: () sim () não

e) Estagiou com pediatria? () sim () não

f) Razões da opção pelo curso: () afinidade () mercado de trabalho () influência familiar ou dos amigos () falta de outras oportunidades () outros

4 – ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL

a) Número de empregos em atuação:

b) Áreas de atuação: () pública () pública e privada () pública e cooperativa () pública e assistência particular () pública, privada e cooperativa () pública, privada e assistência particular () pública, cooperativa e assistência particular () pública, cooperativa, assistência particular e privada.

c) Número de horas trabalhadas **por semana** em cada área de atuação:

- Pública: _____
- Privada: _____
- Cooperativa: _____
- Assistência Particular: _____

d) Turno no qual trabalha: _____

e) Já participou de algum programa de educação continuada? () sim () não

f) Esse programa do qual participou foi específico para pediatria? () sim () não

g) Quanto tempo já faz que participou desde a última vez? _____

h) A instituição para qual trabalha oferece oportunidade para você participar de programas de educação em outros locais? () sim () não () não sabe

i) A instituição para qual trabalha já realizou programas de educação em pediatria? () sim () não () não sabe

j) Já possuía experiência das atividades do setor onde trabalha: () sim () não

l) Sente-se realizada profissionalmente: () sim () não

m) Principais dificuldades encontradas na profissão:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL
MESTRADO EM PEDIATRIA

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG N° _____, declaro estar ciente da minha inclusão na pesquisa “Perfil do Auxiliar de Enfermagem que atua na assistência a crianças e adolescentes internados em hospitais do Recife-PE”, devendo ser mantido o sigilo da minha identidade, podendo retirar-me da mesma no momento em que desejar sem sofrer nenhuma repreensão ou punição. Concordo que os dados coletados possam ser divulgados pelas instituições, sem sentir-me prejudicada (o).

Recife, _____ de _____ de 2002.

Mestranda

Auxiliar participante