

07

Formação

**Avaliação do impacto do
PROFAE na qualidade dos
serviços de saúde**

Janeiro de 2003

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES

Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES

Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE

Sumário

Editorial

3

Pesquisa revela impacto do PROFAE nos serviços de saúde

Leila Göttems

Artigos

5

Características do contexto de trabalho da enfermagem

Marina Peduzzi, Maria Luiza Anselmi, Raquel Raponde Gaidzinski e Joana Oliveira Molesni

23

Análise da qualidade do desempenho de técnicas de enfermagem

Marina Peduzzi, Maria Luiza Anselmi, Claudia Benedita dos Santos e Ivan França Júnior

41

Erros na administração de medicamentos nos serviços de saúde

Maria Luiza Anselmi, Marina Peduzzi, Claudia Benedita dos Santos,
Ivan França Júnior e Arnaldo Sala

57

Estudo da incidência da úlcera de pressão segundo cuidado de enfermagem

Maria Luiza Anselmi, Marina Peduzzi e Ivan França Júnior

73

O processo de trabalho do auxiliar de enfermagem

Marina Peduzzi e Maria Luiza Anselmi

89

Análise do perfil da clientela do Projeto de Profissionalização dos

Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE)

Maria Luiza Anselmi, Marina Peduzzi, Arnaldo Sala e Diane Dede Cohen

Entrevistas

113

Ensino, pesquisa e Formação Profissional na área da Saúde

Ricardo Burg Ceccim

121

Nova gestão em saúde prioriza Recursos Humanos

Gilson Cantarino O'Dwyer

Editorial

Pesquisa revela impacto do PROFAE nos serviços de saúde

Os dados das duas últimas décadas sobre os profissionais de enfermagem inseridos nos serviços de saúde sinalizam que, em 1983, havia 65% da força de trabalho de enfermagem sem qualificação técnica formal e regular, em 1998, 35%. Isso significa que, em parte, a enfermagem tem sido concebida e exercida como se fosse um trabalho leigo, pois, há décadas, a rede de prestação de serviços de saúde, no Brasil, contrata e mantém em seus quadros de recursos humanos, trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal e regular.

Esses dados adquirem maior importância quando se pensa no objeto de trabalho da maioria dessas pessoas que estão no serviço sem qualificação, que é o cuidado de enfermagem, ação que caracteriza esse trabalho, significando acompanhamento do indivíduo, família e/ou população no transcorrer de um agravio à saúde ou em processos sociovitais tais como a adolescência, a gravidez, o envelhecimento e tantos outros, com base no reconhecimento e na busca da atenção às necessidades de saúde. O ato de cuidar requer competências fundamentadas em saber técnico-científico que assegure aos usuários o máximo de eficácia da intervenção e o mínimo de risco.

O cuidado de enfermagem, portanto, não se encerra na dimensão técnica, requerendo um contexto ético e comunicacional no qual, por meio da interação, trabalhadores e usuários/população buscam o reconhecimento e o entendimento mútuo e a construção de consensos pertinentes às necessidades de saúde.

O PROFAE, enquanto projeto de Política Pública que busca a superação desta problemática – o cuidado a outras pessoas sendo prestado por trabalhadores sem a devida qualificação para tal – tem por objetivo garantir a profissionalização dos trabalhadores de enfermagem. Destaca-se que essa profissionalização assegura, de um lado, o direito dos usuários serem cuidados por profissionais com competências requeridas para o exercício da assistência de enfermagem e, de outro, o direito desses mesmos trabalhadores que atuam sem qualificação técnica formal, já adultos, completarem o ensino fundamental e/ou acessarem a educação profissional.

Este sétimo número da Revista Formação oferece ao leitor os resultados da fase 1 da pesquisa *Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde*. Vale assinalar, a título de esclarecimento, que o impacto da profissionalização é avaliado por meio da comparação dos resultados da fase 1 e fase 2, sendo a segunda etapa da pesquisa realizada um ano após a primeira, pois o impacto diz respeito às mudanças ou efeitos mediatos no objeto de avaliação. Nessa pesquisa a avaliação é realizada com foco nos recursos humanos e, particularmente na sua relação com a qualidade dos

serviços de saúde, na perspectiva do processo de trabalho. Portanto, estuda-se a relação trabalhador e atividade do trabalho.

O padrão de qualidade da assistência de enfermagem, expresso pelos indicadores e variáveis estudados, mostra um primeiro momento de avaliação e não o impacto propriamente dito. Os resultados finais da investigação estarão disponíveis a partir do final deste ano.

Inicialmente, a pesquisa foi planejada prevendo-se a realização da avaliação do impacto do PROFAE em um estado de cada região do País, utilizando como critério de seleção os estados nos quais haviam maior número de trabalhadores cadastrados pelo PROFAE (Paraná, São Paulo, Bahia, Goiás e Amazonas). No entanto, várias dificuldades foram encontradas na operacionalização da pesquisa, sendo possível, até o momento, executá-la somente no Estado da Bahia, onde foi possível colher as informações necessárias, em tempo e qualidade adequadas para a organização e execução do trabalho de campo.

Quanto às dificuldades enfrentadas no decorrer da implementação da pesquisa, assinalam-se as três mais expressivas: o “desafio” representado pelo recorte da dimensão do “impacto” (efeito ou mudança a médio e a longo prazos) na qualidade dos serviços de saúde; a ausência de estudos similares e de parâmetros nacionais dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem; a ausência de informações sobre o universo de estudo, isto é, serviços com atendentes de enfermagem ou similares executando ações de cuidado, universo este que permitiria definir a amostra de estabelecimentos de saúde a ser investigada.

Nos quatro primeiros artigos desta revista, apresentam-se os resultados da pesquisa de impacto e, nos dois subseqüentes os resultados dos subprojetos associados, um sobre o processo de trabalho do auxiliar de enfermagem, pela necessidade de ampliar os conhecimentos sobre as características nucleares desse trabalho, e outro sobre o perfil da clientela PROFAE no País.

Os resultados da pesquisa de impacto do PROFAE, embora mostrem uma visão ainda parcial do processo, permitem observar que há muito a se fazer, seja pela profissionalização, seja pela educação permanente dos trabalhadores de enfermagem e, por analogia, de todos os trabalhadores de saúde, tendo em vista a efetivação de direitos dos próprios trabalhadores e dos usuários – principais destinatários do trabalho de todos que atuam no campo da saúde.

Leila Göttems
Gerente Geral do PROFAE

Características do contexto de trabalho da enfermagem

Features of nursing working context

Marina Peduzzi

Enfermeira, professora doutora – Universidade de São Paulo

Maria Luiza Anselmi

Enfermeira, professora associada – Universidade de São Paulo

Raquel Rapone Gaidzinski

Enfermeira, professora associada – Universidade de São Paulo

Joana Oliveira Molesni

Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia

Resumo: O artigo apresenta resultados parciais da pesquisa “Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde”, particularmente aqueles relacionados aos aspectos do contexto de trabalho e ao perfil dos trabalhadores de enfermagem em quatro serviços de saúde pesquisados, no Estado da Bahia, na fase 1 do estudo. Quanto ao perfil, os agentes apresentam média e mediana de idade de 37 anos e tempo de trabalho no serviço, em média, de 12 anos para os trabalhadores sem qualificação técnica formal e de 6 anos para os auxiliares e técnicos de enfermagem. Os trabalhadores sem qualificação técnica formal apresentam maior dificuldade de acesso à educação profissional, pois 24% têm Ensino Fundamental completo, 11,7% têm Ensino Médio incompleto e 37,8% têm Ensino Médio completo. Quanto ao dimensionamento de pessoal, os serviços 1, 2, 3 e 4 apresentam, respectivamente, 25%, 20%, 14% e 12,5% da proporção de enfermeiros projetada, e apresentam, também respectivamente, 23%, 0%, 40% e 10% da proporção de auxiliares e técnicos de enfermagem esperados. Em nenhum dos serviços ocorre educação continuada, e apenas no serviço 1 existe uma proposta e prática diária de supervisão de enfermagem.

Palavras-chave: Recursos Humanos de Enfermagem; Recursos Humanos em Saúde; Qualificação Profissional; Avaliação de Impacto.

Abstract: This article discloses the partial results of the survey “Assessment of PROFAE impact on health services quality”, particularly those related to the aspects of nursing working context and nursing workers profile in four health services surveyed, in the State of Bahia, at the survey stage 1. Concerning the profile, the agents report age average and median of 37 years old, and work experience in that service, on average, of 12 years for workers with no formal technical qualification and 6 years for nursing assistants and technicians. The workers with no formal technical qualification reveal greater difficulty in accessing formal education, since 24% have full Elementary-School Level, 11.7% have unfinished High-School Level and 37.8% have full High-School Level. Regarding staff dimensioning, services 1, 2, 3 and 4 account for 25%, 20%, 14% and 12.5%, respectively, of the estimated share of nurses and also account for 23%, 0%, 40% and 10%, respectively, of the share of expected nursing assistants and technicians. None of the services report continued education, and service 1 is the only one to have a proposal and daily practice of nursing supervision.

Keywords: Nursing Staff; Health Manpower; Credentialing; Impact Evaluation.

Introdução

Este artigo apresenta resultados parciais da pesquisa “Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde”¹, particularmente aqueles relacionados aos aspectos do contexto da assistência de enfermagem e ao perfil dos trabalhadores de enfermagem, em quatro serviços estudados, na fase 1, no Estado da Bahia. Os resultados completos dessa fase da pesquisa podem ser encontrados no Relatório Final de Pesquisa². A referida investigação é desenvolvida em duas fases contemplando os momentos de pré e de pós-profissionalização por meio do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE).

Partindo da premissa que a educação profissional e o trabalho em saúde constituem, ambos, práticas sociais (Donnangelo e Pereira, 1976), entende-se que existe uma relação recíproca, de mútua influência, entre a qualificação técnica e ético-política, propiciada pela profissionalização e o exercício cotidiano do trabalho. Além dessa relação, qualificação técnica e trabalho, ao dirigir o olhar para o trabalho em ato (Merhy, 1997), observa-se o trabalhador executando ações, em um dado contexto de trabalho.

Portanto, supõe-se pertinente avaliar os possíveis impactos da profissionalização na qualidade dos serviços de saúde, buscando esclarecer alguns elementos que constituem a interface entre educação e trabalho. Entende-se que essa interface expressa a existência de relações múltiplas entre três componentes: a qualificação técnica do(s) trabalhador(es), o contexto de trabalho em que atua(m) e os indicadores de qualidade da assistência. No presente caso, especificamente indicadores da assistência de enfermagem.

Ao considerar o impacto da profissionalização nos serviços, da perspectiva dos estudos de avaliação em saúde, também observa-se que a

qualidade vem sendo definida como um conjunto de atributos que inclui a qualificação profissional, o uso eficiente de recursos, o acesso à tecnologia adequada às necessidades de saúde e a satisfação dos usuários (Silva, 2003). Donabedian (1990:1118) assinala que a qualidade do cuidado em saúde é um conceito que tem vários componentes, que foram agrupados no que o autor denomina de “sete pilares da qualidade”: *efficacy, effectiveness, efficiency, optimality, acceptability, legitimacy, and equity*.

Portanto, o impacto da educação profissional na qualidade dos serviços de saúde não poderá ser avaliado apenas em termos técnicos. Assim, na pesquisa, considera-se necessário contemplar aspectos do contexto de trabalho no qual os trabalhadores de enfermagem executam o cuidado, particularmente as técnicas de enfermagem³. E estas, por sua vez, são apreendidas através de indicadores de qualidade que consistem em: “*unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente*” (Bittar, 2001:22).

Considerando-se, portanto, que os indicadores escolhidos comportam-se diversamente a depender, dentre outros fatores, das características do contexto da assistência de enfermagem, foram investigadas variáveis que se referem à estrutura. Segundo Bittar (2001), a estrutura é definida como a parte física de uma instituição, os

1 Essa pesquisa foi desenvolvida com apoio do Ministério da Saúde.

2 Peduzzi, M & Anselmi, M.L. Relatório final da pesquisa: avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde, Estado da Bahia, fase 1. São Paulo. Ministério da Saúde/Escola de Enfermagem da USP/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2003.

3 Para mais esclarecimentos sobre o estudo das técnicas de enfermagem, consultar artigo publicado neste número da Revista Formação intitulado “Análise da qualidade do desempenho de técnicas de enfermagem”.

seus trabalhadores, instrumentais, equipamentos, móveis, aspectos relativos à organização, entre outros.

Com base no referencial teórico-conceitual da pesquisa, pautado nos estudos do processo de trabalho em saúde e enfermagem (Mendes-Gonçalves, 1992, 1994; Almeida e Rocha, 1997) e nos estudos da avaliação em saúde (Nogueira, 1994; Malik e Schiesari, 1998), bem como na literatura sobre gerenciamento de enfermagem (Kurcgant, 1991), selecionaram-se algumas variáveis que caracterizam de forma marcante a organização do trabalho de enfermagem: quadro de pessoal de enfermagem, supervisão em enfermagem e educação continuada.

De acordo com Ribeiro (1972), o quadro de pessoal de enfermagem é um problema que se baseia, fundamentalmente, na determinação da categoria profissional que a instituição se dispõe a contratar e na definição de suas funções, o que, por sua vez, depende da filosofia e da política da direção institucional, bem como do conceito que tem sobre enfermagem.

Paim (1994), analisando a situação dos recursos humanos em saúde no Brasil, conclui que os serviços sofrem o impacto das políticas de ajuste impostas pela contenção de gastos públicos, determinando consequências negativas ao setor pela deterioração nas estruturas de trabalho. Segundo o autor, a questão central diante das tendências que se manifestam em relação a recursos humanos em saúde é a indefinição de políticas e a falta de clareza de estratégias nessa área. O setor Saúde tem se utilizado de mão-de-obra somente no limite da quantidade e qualidade necessárias para não causar danos visíveis aos que utilizam seus serviços (Lunardi Filho, 1995).

Nessa pesquisa, adota-se o conceito de supervisão em enfermagem desenvolvido por Silva (1991, 1997), segundo o qual a supervisão consiste em um instrumento de organização e controle

do processo de trabalho que tem três dimensões: ensino, controle e articulação política. A educação é uma das características centrais da supervisão em saúde e na enfermagem, pois a atenção à saúde pressupõe uma grande complexidade técnica e comunicativa, cuja vivência constitui-se de maneira dinâmica e freqüentemente contraditória, o que requer apoio constante ao trabalhador, tanto no plano pessoal, grupal e institucional. Entende-se que o caráter educativo refere-se à reflexão sobre a prática do trabalho, à análise do trabalho realizado com vistas à elaboração de novas sínteses, feitas com base nas experiências empíricas e nos conceitos teóricos (Peduzzi, 1992). O controle ocorre pela organização do trabalho em bases coletivas que carecem de integração, de atividades que lhe confiram unidade e possibilidade de atingir a finalidade proposta. Segundo Mendes-Gonçalves (1994), negar o controle da supervisão implica em limitar o espaço de questionamento e o reconhecimento dessa possibilidade integradora do trabalho coletivo, distanciando-se das preocupações com os resultados e produtos dos serviços prestados, no sentido de reconhecer se estes têm respondido às necessidades de saúde da população. A terceira dimensão da supervisão, a articulação política, evidencia que o supervisor trabalha como um intérprete ou tradutor da política institucional, tendo um papel intermediador junto à equipe de trabalho.

Para educação continuada, utiliza-se uma definição comum na enfermagem, segundo a qual caracteriza-se como um conjunto de práticas educacionais planejadas, tais como treinamento e reciclagem, que têm o sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do trabalhador com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetiva e eficazmente na sua vida institucional (Silva *et al.*, 1989). Embora, a Organização Pan-Americana da Saúde e vários autores ligados ao campo de Recursos

Humanos em Saúde venham trabalhando com o conceito de educação permanente, nessa pesquisa adotou-se a variável educação continuada porque esta ainda prevalece na área de Enfermagem. No entanto, entende-se que o conceito de educação permanente é mais abrangente à medida que propõe um processo permanente de educação em serviço, de natureza participativa, no qual a aprendizagem se produz em torno de um eixo central constituído pelo processo de trabalho, como fonte de conhecimento e objeto de transformação das práticas de saúde (Haddad *et al.*, 1994).

Também considerou-se importante e necessário conhecer o perfil dos trabalhadores de enfermagem dos serviços estudados e alguns indicadores de produção das instituições.

Assim sendo, o presente artigo tem os seguintes objetivos: identificar o perfil dos trabalhadores de enfermagem e caracterizar os serviços de saúde estudados quanto aos indicadores de produção dos estabelecimentos, quadro de pessoal de enfermagem, supervisão e educação continuada, para conhecer o contexto de trabalho da enfermagem.

Aspectos metodológicos

Essa pesquisa foi desenvolvida em quatro serviços de saúde do Estado da Bahia que atenderam aos critérios de inclusão: possuir contingente de trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal e regular participando do PROFAE em número superior ou igual a 10 e que realizavam as atividades estudadas (administração de medicamentos, técnica de inalação, técnica de punção venosa para medicação e técnica de medicação intramuscular); acesso geográfico e técnico-operacional; disponibilidade do serviço em fornecer informações e operacionalizar a pesquisa. Segundo o procedimento de amostragem adotado, os estabelecimentos de saúde estudados são representativos dos hospitais privados filantrópicos

conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de 1º de outubro a 7 de dezembro de 2001, com uma equipe de campo própria para cada um dos serviços estudados, supervisionada pela coordenação local e pela coordenação central da pesquisa.

Para a identificação do perfil dos trabalhadores de enfermagem, consideram-se variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade) e de inserção no emprego (formação profissional na área de Enfermagem, número de empregos, renda mensal, função no serviço estudado, cargo no serviço estudado, tempo de trabalho no serviço estudado e tempo de trabalho na função). Os dados foram coletados por meio de questionário específico, aplicado pelo pesquisador de campo junto a cada agente da enfermagem, após consentimento do sujeito da pesquisa.

Para a caracterização dos serviços, foram levantados os dados referentes aos indicadores de produção e produtividade (Bittar, 2001): número de leitos, número de internações por ano, média de permanência, taxa de mortalidade hospitalar e taxa de ocupação, coletados por meio de consulta ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e aos setores administrativos de cada hospital.

Também foram estudadas variáveis que caracterizam de forma mais específica o contexto de trabalho dos agentes da enfermagem, ou seja, quadro de pessoal de enfermagem, supervisão e educação continuada.

O estudo do quadro de pessoal de enfermagem toma como referência as unidades de internação dos quatro hospitais, particularmente as informações referentes ao quantitativo e ao qualitativo de pessoal existente; à jornada de trabalho e à carga horária semanal, coletadas por meio de instrumentos específicos.

As informações sobre supervisão e educação continuada foram colhidas por meio de entrevista semi-estruturada com os gerentes centrais dos serviços e da área de Enfermagem. Ao todo, foram realizadas 10 entrevistas, sendo três nos serviços 1 e 3 – de maior porte – e duas entrevistas nos serviços 2 e 4. Oito entrevistas foram gravadas e duas foram registradas de forma manuscrita, uma pela recusa do entrevistado em consentir a gravação e outra pela ausência de gravador na data oportuna.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Inicialmente foi solicitada autorização da direção de cada serviço para o desenvolvimento da pesquisa e, no decorrer da pesquisa de campo, solicitou-se a aquiescência dos sujeitos (trabalhadores de enfermagem) para desenvolver a pesquisa e para a divulgação dos resultados do estudo, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedimentos de análise

Os dados coletados pelo instrumento de identificação do perfil dos trabalhadores de enfermagem foram codificados e armazenados em banco de dados Fox PRO e processados no programa Epi-INFO 6.0⁴.

A análise do quadro de pessoal de enfermagem foi realizada considerando-se a relação entre o quadro existente nos serviços pesquisados e o quadro projetado, segundo parâmetros estabelecidos na literatura (Conselho Federal de Enfermagem, 1997; Gaidzinski, 1998). Na projeção do quadro, aplica-se o método proposto por Gaidzinski (1998) que comprehende a identificação das seguintes variáveis: número médio diário de pacientes classificados segundo a complexidade assistencial; tempo de assistência de acordo com o perfil do paciente; percentual adicional para cobertura de ausências

previstas e não previstas; jornada efetiva de trabalho. A partir do levantamento das variáveis descritas, foi aplicada a equação proposta por Gaidzinski (1998) para dimensionar o pessoal de enfermagem das unidades de internação, utilizando-se planilhas eletrônicas para facilitar o manejo de todas variáveis descritas.

Para conhecer o perfil dos pacientes em cada serviço estudado em relação à complexidade assistencial, foi utilizado o instrumento de classificação de pacientes de Fugulin *et al.* (1994), adotado pela Resolução COFEN nº 189/96, do Conselho Federal de Enfermagem, que define quatro categorias de cuidados: intensivos, semi-intensivos, intermediários e mínimos.

No entanto, a projeção do quadro de pessoal de enfermagem com o percentual de horas de cuidado, por categoria profissional, preconizado pela Resolução COFEN nº 189/96, produz valores fora da real disponibilidade de mão-de-obra da região, cenário do estudo. Portanto, os percentuais preconizados pelo COFEN não puderam ser tomados como parâmetro, sendo substituídos, nesta análise, por valores percentuais que possibilitem garantir a coordenação do cuidado de enfermagem, ou seja: 20% de enfermeiras e 80% de técnicos e auxiliares de enfermagem para as categorias de cuidados intensivos e semi-intensivos, e de 15% de enfermeiras e 85% de técnicos e auxiliares de enfermagem para as categorias de cuidados intermediários e mínimos.

Para avaliar o quadro de pessoal de enfermagem das unidades de internação, dos referidos hospitais, calculou-se a proporção de pessoal obtida pela relação entre o

⁴ Fox PRO é um software utilizado como gerenciador de dados e Epi - INFO 6.0 é um software de uso aberto produzido pelo Centers for Disease Control & Prevention (CDC), USA e World Health Organization (WHO), Geneve/Switzerland, utilizado para a análise de dados epidemiológicos.

quantitativo das categorias profissionais existentes no quadro de trabalhadores das unidades e o quantitativo das categorias profissionais projetado, segundo os parâmetros estabelecidos nesse estudo.

As entrevistas gravadas foram transcritas e submetidas à conferência de fidelidade, para, em seguida, serem analisadas com base nas categorias analíticas: supervisão e educação continuada, apresentadas anteriormente.

Na análise da variável supervisão buscou-se identificar os seguintes aspectos: concepção, existência de uma proposta de supervisão de enfermagem, qual(is) profissional(s) exerce(m) a supervisão de enfermagem, periodicidade e instrumentos de supervisão. Um aspecto que pode ser utilizado como indicador da supervisão em enfermagem é o número de enfermeiros na instituição, pois o Ministério da Saúde preconiza a existência de um enfermeiro supervisor em cada unidade de trabalho hospitalar (Organização Nacional de Acreditação Hospitalar – ONA, 2001).

Na categoria educação continuada, buscou-se identificar a existência de uma proposta institucional de educação continuada para a enfermagem, a existência de um setor ou equipe responsável por esta atividade, o número de trabalhadores

de enfermagem que participaram da educação continuada por mês ou semestre e os temas abordados.

Resultados e discussão

Os resultados são apresentados e discutidos em três subitens, de modo a contemplar os objetivos propostos, buscando, no conjunto, conhecer o contexto de trabalho da enfermagem nos serviços de saúde estudados.

Caracterização dos serviços de saúde estudados

Os serviços pesquisados localizam-se em quatro diferentes municípios no interior do Estado da Bahia, estando o serviço 1 situado no município de maior porte com mais de 250.000 habitantes.

Quanto à rede assistencial do SUS, também se observa a existência de melhor estrutura no município 1 que conta com um total de 128 estabelecimentos de saúde ambulatoriais e hospitalares, de natureza jurídica pública e privada. O município 3 aparece em seguida, com um total de 37 serviços de saúde para uma população superior a 70.000 habitantes. Os outros dois municípios apresentam uma população inferior e uma rede assistencial reduzida, com apenas um hospital no município 2 (estudado) e dois hospitalares no município 4, um dos quais foi pesquisado (Tabela 1).

Tabela 1
Caracterização da rede de serviços dos municípios estudados. Bahia. 2001

Município /Serviço Saúde	Ambulatório						Hospital								Total	
	Público		Privado		Público		Privado									
	Estadual	Municipal	Contratado	Estadual	Municipal	Contratado	Conveniado (Filantrópico)									
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	04	100	84	65,6	29	74,4	02	100	01	100	07	70	01	33,3	128	68,4
2	-	-	08	6,3	02	5,1	-	-	-	-	-	-	01	33,3	11	5,9
3	-	-	29	22,7	07	17,9	-	-	-	-	-	-	01	33,3	37	19,8
4	-	-	07	5,5	01	2,6	-	-	-	-	02	30	-	-	10	5,9
Total	04	100	128	100	39	100	02	100	01	100	09	100	03	100	186	100

Quanto aos indicadores de produção e de produtividade, na Tabela 2, observa-se maior número de leitos e número de internações no serviço 3. No entanto, a maior taxa de ocupação de leitos está no serviço

1 (72,8%), cuja localização encontra-se no município que conta com a rede de serviços de saúde mais ampla. Chama a atenção as taxas de ocupação dos serviços 2 e 4, respectivamente, 29,9% e 45,0%.

Tabela 2
Indicadores de produção e produtividade dos serviços de saúde estudados. Bahia. 2001

Serviço de Saúde	Número de Leitos	Internações (ano)	Média de Permanência (dia)	Taxa de Mortalidade Hospitalar (1.000 hab.)	Taxa de Ocupação de Leitos *
1	163	9.531	3,4	2,7	72,8 %
2	73	1.531	3,9	1,5	29,9 %
3	220	12.582	4,1	1,9	67,8 %
4	87	3.593	4,1	0,7	45,0 %

* nos serviços 1 e 3 a taxa de ocupação refere-se apenas às unidades estudadas, tendo sido excluído berçário.

Perfil dos trabalhadores de enfermagem

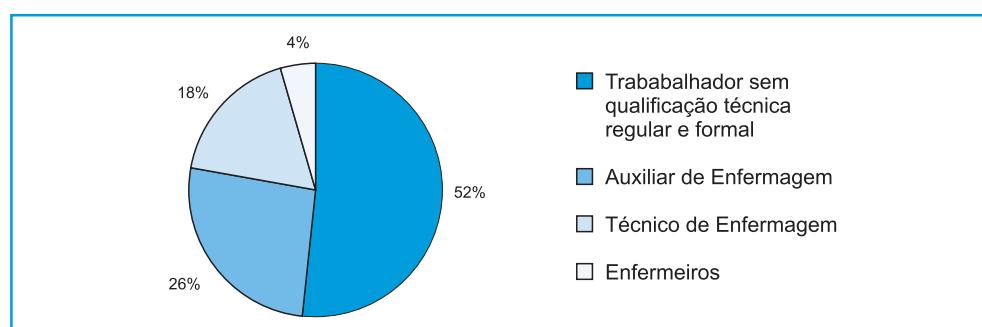
Nos quatro serviços estudados, verifica-se um total de 380 trabalhadores de enfermagem, sendo a maioria, 196 (52%), composta de trabalhadores sem qualificação técnica formal e regular; seguida de 100 (26%) auxiliares de enfermagem; 67 (18%) técnicos de enfermagem e 17 (4%) enfermeiros (Figura 1).

Esses dados diferem da composição da força de trabalho de enfermagem no País que, segundo dados do Ministério da Saúde, no ano de 1998, mostrava um quadro com aproximadamente 35% de trabalhadores sem qualificação técnica formal e regular (Brasil, 1999). Esse quadro vem se modificando com a educação profissional promovida pelo PROFAE. Em dezembro de 2002, 60 mil trabalhadores haviam concluído sua formação como auxiliares de

enfermagem e outro contingente expressivo encontrava-se matriculado, sendo 91.730 alunos de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, 30.493 cursando a Complementação do Auxiliar de Enfermagem para Técnico de Enfermagem e 7.489 concluindo a escolarização fundamental (Sório, 2002).

Portanto, os serviços estudados apresentam um perfil de distribuição das diversas categorias profissionais e ocupacionais com predomínio de trabalhadores sem a qualificação técnica esperada. No entanto, esses dados são congruentes com o recorte da pesquisa que busca estudar estabelecimentos de saúde com um contingente expressivo de trabalhadores sem qualificação técnica formal e regular, visto que o objeto de estudo é o impacto da profissionalização desses trabalhadores na qualidade dos serviços de saúde.

Figura 1
Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo categoria profissional e ocupacional nos serviços de saúde estudados. Bahia. 2001



Quanto à idade, no total de trabalhadores de enfermagem dos quatro serviços estudados observa-se a média de idade de 37 anos para o sexo feminino e de 31 anos para o sexo masculino. A mediana de idade é de 37 anos para o sexo feminino e de 29 anos para o sexo masculino. Portanto, trata-se de uma população jovem que justifica o investimento realizado pelo PROFAE na profissionalização, pois esses trabalhadores, em princípio, manter-se-ão ainda por muitos anos trabalhando.

No que se refere à escolaridade, os trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal e regular mostram o seguinte perfil: 26% têm o Ensino Fundamental incompleto; 24% o Ensino Fundamental completo; 11,7% o Ensino Médio incompleto e 37,8% o Ensino Médio completo (Tabela 3). Esses dados mostram que os trabalhadores de enfermagem dos quatro serviços conseguem acesso à escolaridade fundamental (24%) que é requisito mínimo para o curso de auxiliar de enfermagem e até mesmo ao ensino de Ensino Médio incompleto e completo, respectivamente com 11,7% e 37,8% dos trabalhadores, mas encontram maior dificuldade de acesso à Educação Profis-

sional que é sabidamente, no País, a área de educação menos desenvolvida (Vellozo, 2002; Sório, 2002).

Entre os auxiliares de enfermagem, 14% têm Ensino Fundamental Completo; 26% têm Ensino Médio incompleto e 59% Ensino Médio completo. E entre os técnicos de enfermagem, 89,6% têm Ensino Médio completo e 10,4% não apresentaram essa informação ou relatam estar aguardando receber o certificado do Ensino Médio (Tabela 3).

Interessante observar que, nos três serviços nos quais há técnicos de enfermagem (serviços 1, 3 e 4) a totalidade desses profissionais tem apenas Ensino Médio completo, ou seja, a escolaridade requerida para a função. O que se quer destacar é que, por um lado, os trabalhadores sem qualificação técnica e os auxiliares de enfermagem apresentam a escolaridade mínima requerida ou mesmo uma escolaridade superior à esperada, por outro lado, esse comportamento não se repete para os técnicos de enfermagem, pois não há nenhuma referência a escolaridade de nível universitário incompleto ou completo, o que pode ser entendido ao considerar as dificuldades de acesso ao ensino superior no País.

Tabela 3
Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos quatro serviços de saúde estudados, segundo escolaridade e categoria profissional e ocupacional. Bahia. 2001

Série	Categoria Profissional e Ocupacional									
	Nenhuma		Auxiliar de Enfermagem		Técnico de Enfermagem		Enfermeiro		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ensino Fundamental incompleto	51	26	1	1	-	-	-	-	52	13,6
Ensino Fundamental completo	47	24	14	14	-	-	-	-	61	16,1
Ensino Médio incompleto	23	11,7	26	26	-	-	-	-	49	12,9
Ensino Médio completo	74	37,8	59	59	60	89,6	-	-	193	50,8
Superior completo	-	-	-	-	-	-	17	100	17	4,5
Ignorado	1	0,5	-	-	7	10,4	-	-	8	2,1
Total	196	100	100	100	67	100	17	100	380	100

Os dados analisados mostram que os trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal e regular estão há mais tempo nos respectivos serviços, pois para estes a média de tempo no estabelecimento é de 12 anos, enquanto para os auxiliares de enfermagem e para os técnicos de enfermagem é de seis anos e para os enfermeiros é de cinco anos. Também a mediana de tempo no estabelecimento é de 12 anos para os trabalhadores sem qualificação técnica, sendo de seis anos para os auxiliares de enfermagem; de sete anos para os técnicos de enfermagem e de dois anos para os enfermeiros (Tabela 4). O mesmo ocorre quando cada um dos serviços é analisado em separado.

Os dados da Tabela 4 também mostram que vem ocorrendo a

contratação de novos trabalhadores de enfermagem no ano de 2001, pois se encontram nesta situação 21 (21%) dos auxiliares de enfermagem, 11 (16,4%) dos técnicos de enfermagem, 4 (23,5%) dos enfermeiros e 12 (6,1%) dos agentes da enfermagem sem qualificação técnica. Por um lado, chama a atenção a contratação de agentes da enfermagem sem qualificação técnica regular, pois não deveria estar ocorrendo visto o intenso investimento representado pelo PROFAE para sanar a lacuna da profissionalização e a regulação prevista na atual Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. Por outro lado, merece destaque a incorporação de novos auxiliares, técnicos e enfermeiros, favorecendo a composição de equipes de enfermagem melhor qualificadas.

Tabela 4

Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos quatro serviços de saúde estudados, segundo tempo de trabalho no estabelecimento de saúde e categoria profissional e ocupacional. Bahia. 2001

Tempo no Estabelecimento	Categoria Profissional e Ocupacional									
	Nenhuma		Auxiliar de Enfermagem		Técnico de Enfermagem		Enfermeiro		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 1 ano	12	6,1	21	21	11	16,4	4	23,5	48	12,6
1 ano	3	1,5	3	3	8	11,9	3	17,6	17	4,5
2 a 4 anos	21	10,7	18	18	10	14,9	2	11,8	51	13,4
5 a 9 anos	39	19,9	33	33	18	26,9	3	17,6	93	24,5
10 a 19 anos	83	42,3	22	22	19	28,4	5	29,4	129	33,9
20 a 34 anos	38	19,4	3	3	1	1,5	0	0	42	11,1
Total	196	100	100	100	67	100	17	100	380	100

Quanto à renda mensal, considerou-se o valor do salário mínimo nacional no ano de 2001, período da coleta de dados, que era de R\$ 180,00. Com base nessa referência, observa-se que nenhum trabalhador de enfermagem tem renda mensal inferior ao salário mínimo, no entanto, 10,5% deles estão nessa faixa de rendimentos e 37,9% recebem entre R\$ 200,00 e R\$ 249,00. Assim sendo, observa-se que 48% dos trabalhadores de en-

fermagem têm renda mensal inferior a R\$ 250,00. Especificamente entre os trabalhadores sem qualificação técnica formal e regular, esse percentual sobe para 60,8%, pois 17,9% recebem rendimentos inferiores a R\$ 200,00 e 42,9% recebem entre R\$ 200,00 e R\$ 249,00. No total de agentes da enfermagem, 34,2% recebem renda mensal entre R\$ 250,00 e R\$ 499,00 e 12,1% na faixa entre R\$ 500,00 e R\$ 999,00 (Tabela 5).

Tabela 5

Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos quatro serviços de saúde estudados, segundo renda e categoria profissional e ocupacional. Bahia. 2001

Renda (em R\$)	Categoria Profissional e Ocupacional									
	Nenhuma		Auxiliar de Enfermagem		Técnico de Enfermagem		Enfermeiro		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
180 - 199	35	17,9	2	2	3	4,5	-	-	40	10,5
200 - 249	84	42,9	35	35	25	37,3	-	-	144	37,9
250 - 499	56	28,6	44	44	30	44,8	-	-	130	34,2
500 - 999	17	8,7	19	19	8	11,9	2	11,8	46	12,1
1.000 - 1.499	-	-	-	-	-	-	4	23,5	4	1,1
1.500 - 1.999	-	-	-	-	-	-	2	11,8	2	0,5
2.000 - 2.999	-	-	-	-	-	-	7	41,2	7	1,8
3.000 - 4.999	-	-	-	-	-	-	2	11,8	2	0,5
5.000 e mais	2	1	-	-	-	-	-	-	2	0,5
Sem inf.	2	1	-	-	1	1,5	-	-	3	0,8
Total	196	100	100	26,3	67	17,6	17	100	380	100

Contexto de trabalho da enfermagem

Quadro de pessoal de enfermagem

A Tabela 6 mostra os dados referentes ao perfil dos pacientes quanto à complexidade assistencial, segundo o Sistema de Classificação de

Pacientes (SCP) de Fugulin *et al.* (1994). Pode-se verificar que nos quatro serviços de saúde estudados os pacientes apresentam complexidades de cuidado mínimo e intermediário, indicando que esses hospitais são de atendimento secundário.

Tabela 6

Distribuição dos pacientes nos quatro serviços de saúde estudados, segundo a complexidade assistencial

Serviços de Saúde	Complexidade Assistencial			
	Mínima	Intermediária	Semi-intensiva	Intensiva
1	56	40	4	-
2	85	15	-	-
3	60,5	37,1	2,1	0,3
4	47,1	43,8	2,3	6,8

O quadro de pessoal de enfermagem existente, avaliado em relação ao quadro projetado está sintetizado na Tabela 7. Constatata-se que o quadro existente nesses serviços é insuficiente, principalmente quando

se considera a categoria profissional enfermeiro e técnico e auxiliar de enfermagem. Esses dados indicam a baixa qualificação técnica dos trabalhadores que atuam na assistência de enfermagem nesses serviços.

Tabela 7

Distribuição dos enfermeiros, técnicos/auxiliares e técnicos/auxiliares/atendentes nos quatro serviços de saúde estudados, segundo quadro existente e quadro projetado por categoria

Serviços de Saúde	Enfermeiros			Técnico/Auxiliar			Técnico/Auxiliar/ Atendente		
	Existente	Projetado	Proporção	Existente	Projetado	Proporção	Existente	Projetado	Proporção
1	5	20	25%	25	107	23%	84	107	78,5%
2	1	5	20%	-	16	-	24	16	150%
3	4	24	14%	53	131	40%	109	131	83%
4	1	8	12,5%	4	42	10%	17	42	40%

A Tabela 7 mostra que os serviços 1, 2, 3 e 4 apresentam, respectivamente, 25%, 20%, 14% e 12,5% da proporção de enfermeiros projetada. E apresentam, também respectivamente, 23%, 0%, 40% e 10% da proporção de auxiliares e técnicos de enfermagem esperados. O serviço 2 conta com 24 trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal. Considerando que estes serão auxiliares de enfermagem após cursarem o PROFAE e a necessidade de um quadro de 16 auxiliares e técnicos, o serviço apresentaria uma proporção superior à esperada de trabalhadores de enfermagem de nível médio (150%).

Portanto, nos quatro serviços o quadro de pessoal de enfermagem é inadequado tanto quantitativa como qualitativamente, ou seja, no que se refere à composição das categorias profissionais. Neste sentido, vale destacar, como assinalado anteriormente, que a maioria dos pacientes apresenta um perfil de complexidade assistencial do tipo cuidado mínimo ou intermediário tratando-se de serviços de baixa densidade tecnológica, o que, em parte, pode estar relacionado à manutenção de um quadro de pessoal de enfermagem insuficiente e inadequado para os padrões preconizados na literatura.

Supervisão

Com base na análise do material empírico proveniente das entrevistas, pode-se afirmar que somente o serviço 1 apresenta uma proposta estruturada e uma prática de supervisão em enfermagem. Embora, segundo o estudo do dimensionamento de pessoal, também neste hospital observa-se um déficit de enfermeiros para desenvolver esta atividade, considerando que o quadro corresponde a 25% do esperado. O hospital conta com 10 enfermeiros para um total de 153 trabalhadores de enfermagem. No excerto apresentado a seguir, observa-se a rotina de supervisão que foi estabelecida pela gerência de enfermagem nesse serviço, segundo a qual, pela

manhã, os enfermeiros realizam visitas às enfermarias seguidas de relatório; à tarde, mantém-se as visitas, porém os relatórios são delegados aos auxiliares de enfermagem das respectivas enfermarias e, à noite, também as visitas são, em parte, delegadas.

“A atividade gerencial prioritária eu acho que é a supervisão, através da supervisão você vai ver se seus objetivos foram atingidos ou não e o que pode ser melhorado, o que pode ser aperfeiçoado (...) Quando entrei na coordenação fizemos uma reunião, então determinei alguns critérios de como elas trabalhariam para fazer essa supervisão. Então, a princípio, como nós temos vários enfermeiros pela manhã, fariam um relatório, visitas diárias, e além do relatório do posto, teria um relatório dentro da coordenação onde fosse resumido e passassem as coisas pendentes. À tarde, como nós temos apenas duas enfermeiras, ficaria delegado, delegaria o relatório (para o auxiliar de enfermagem) e ela (a enfermeira) faria a visita diária e daria uma assistência mais em supervisão. À noite, nós temos só um (enfermeiro) à noite para o hospital, cada vez diminui mais esse número, então foi feito mais um trabalho de supervisão de setor. Ela chegaria pela noite, faria a visita em todos os setores e aí ela ia ter uma noção de qual o setor que teria mais necessidade dela ficar ali presente a maior parte do tempo, e os demais setores ela poderia delegar pelo telefone. Mas antes disso ela teria que fazer uma visita do geral do hospital (...) o relatório ela delegaria para um auxiliar de cada setor e depois que acabasse o período, que acalmasse, ela retornaria para ler esse relatório e acrescentaria alguma coisa que às vezes o auxiliar não tem esse poder de observação de detectar as necessidades.” (Gerente de enfermagem, serviço 1).

No serviço 3, o relato da gerente de enfermagem mostra que esta relaciona a supervisão ao acompanhamento direto do trabalho e à dimensão ensino, no entanto aponta a reunião mensal da equipe de enfermagem de cada unidade de trabalho com a respectiva enfermeira responsável, como o meio pelo qual a supervisão de enfermagem ocorre efetivamente. Além disso, observa-se no seu depoimento que a supervisão está referida particularmente à detecção de problemas, ou seja, à dimensão de controle do processo de trabalho. Lembra-se que, segundo o estudo do dimensionamento de pessoal de enfermagem nas unidades de internação pesquisadas, o serviço conta com 14% do número de enfermeiros projetados. No hospital existem cinco enfermeiras para um total de 172 trabalhadores de enfermagem.

“Olha, a gente tem acompanhamento direto. Então, em cada unidade tem uma enfermeira e o hospital é um hospital que tem um número que eu considero pequeno de enfermeiras. Então a gente acaba acompanhando mais de perto, presenciando. De perto entre aspas, a gente não está aqui o tempo todo, mas o pouco que está tem um envolvimento, pela própria necessidade do atendimento. Então dá para acompanhar. E a gente também tem as reuniões. Cada unidade, ou seja, cada setor, também a enfermeira de cada unidade ela mensalmente reúne com sua equipe, ela faz uma reunião com essa equipe, e aí são detectados os problemas. Funcionário que tem ... que é mais devagar, que tem mais dificuldade e a gente desse ano para cá teve um avanço grande, porque tem uma escola de enfermagem, e nós ficamos surpresas, o hospital apoiou nesse sentido também, patrocinou, deu uma bolsa, e isso aí ajudou bastante, melhorou bastante a qualidade. O pessoal está procurando estudar, está procurando se aperfeiçoar. (...) a escola de enfermagem foi criada

antes, só que agora que teve a formatura e daí a demanda, houve uma procura grande. E a maior parte do pessoal aqui, os que tinham escolaridade, eles foram procurar para tentar se aperfeiçoar, com isso aí deu para a gente perceber o interesse do pessoal, que se investir um pouquinho mais a coisa anda.” (Gerente de enfermagem, serviço 3).

No serviço 2, observa-se um contexto de trabalho da enfermagem bastante peculiar, pois, excluído o enfermeiro do serviço que responde pela gerência da área de Enfermagem, a totalidade dos trabalhadores não tem qualificação profissional formal e regular. Existem 24 atendentes de enfermagem, dos quais, 14 cursando PROFAE e 10 não-PROFAE. Além disso, o serviço permaneceu dois anos consecutivos sem nenhum enfermeiro e à época da coleta de dados, o profissional existente havia sido contratado apenas há quatro meses.

Situação semelhante foi observada no serviço 4, pois do total de 29 trabalhadores de enfermagem, 25 são trabalhadores sem qualificação técnica formal e regular (14 cursando PROFAE e 11 não-PROFAE), dois são auxiliares de enfermagem e dois são técnicos de enfermagem. Existe apenas uma enfermeira no hospital que responde pela gerência da área de Enfermagem e estava contratada aproximadamente há um ano no período da coleta de dados. Antes de seu ingresso, o serviço permaneceu seis anos consecutivos sem este profissional no quadro. Portanto, a prática de supervisão e de educação continuada da enfermagem, nos serviços 2 e 4 está prejudicada, inclusive pela descontinuidade da presença do profissional enfermeiro.

Educação continuada

Quanto à educação continuada, em nenhum dos serviços de saúde estudados foi identificada uma proposta estruturada e uma prática efetiva nesse sentido. Porém, como pode-se observar nos relatos da gerente

administrativa e da diretora do corpo clínico apresentados a seguir, também nessa variável o serviço 1 mostrou melhores condições que os demais estabelecimentos de saúde pesquisados, considerando que existem dois profissionais formalmente responsáveis, bem como referência à necessidade de estruturar adequadamente as atividades de educação continuada em um futuro próximo.

“Na verdade está determinado, que é para ter essa educação continuada, mas eu acho que há falhas na educação continuada, justamente porque ... talvez até por problemas da empresa. Às vezes a gente determina reuniões de noite, por exemplo, para o pessoal do dia, para educação continuada. E você convida um grupo de 20 ou 30 profissionais e a metade vem, a metade não vem. Alguns alegam que falta o passe para vir, alguns por desinteresse, então, eu acho que falta por parte de quem está por trás da educação continuada maior incentivo. Talvez através de temas. Por que eu falo temas? Não sei se você teve conhecimento de uma fita que veio do Ministério da Saúde, essa fita era tão interessante que foi passada para os grupos e o tema trabalhado lá foi tão interessante que todo mundo quis ver essa fita, assistir. Então talvez falte um pouco de incentivo em relação aos temas trabalhados. Que às vezes parece – ah, mas só isso? –, e aí alguém fala que já fez, que já sabe tudo sobre isso. Então há um certo desinteresse em participar das aulas de educação continuada. (...) aqui na unidade, quem tem assumido o papel de coordenar a educação continuada é a enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e a médica do CCIH, desde que eu entrei aqui é assim”. (Gerente da área administrativa, serviço 1).

“Existe (educação continuada) através de reciclagem, palestras, sempre, sempre está acontecendo.

(...) nós tínhamos aqui inclusive uma idéia de fazer um auditório, aqui, nessa sala, para isso. Alguns anos atrás nós tínhamos auditório... nós temos retroprojetor. depois foi necessário usar essa aqui e eu falei para você que no próximo ano vamos ativar o centro de estudos e com certeza a gente vai arranjar um lugar” (Médica, diretora do corpo clínico).

No serviço 3, também não ocorre educação continuada e a coordenadora da enfermagem atribui essa ausência ao número insuficiente de enfermeiros. No depoimento, a enfermeira assinala o PROFAE como uma oportunidade de reciclagem para os trabalhadores de enfermagem. O mesmo é referido pelo diretor técnico do serviço 4.

“Olha, nós já há algum tempo atrás tentamos fazer, montar um serviço de educação continuada. Agora, o número de enfermeiras, a carga horária para cumprir e o número fica assim ... difícil, difícil para poder a gente manter, montar um serviço de educação continuada. Então, o que a gente faz? Agora com a escola e com o próprio PROFAE que está dando assim para fazer uma reciclagem. Mas, pelo próprio hospital, aqui dentro da instituição, não tem um serviço organizado mesmo, funcionando. O que a gente faz, às vezes, algo que já foi feito, é uma coisa temporária. Quando fundou a pediatria, então, o que foi feito? Nós montamos o serviço para poder treinar primeiro, fazer tipo uma... é... um preparo, como requisito da contratação. Mas isso não durou, não durou pelo número insuficiente de enfermeiras. A gente não consegue dar conta.” (Gerente de enfermagem, serviço 3).

Os excertos das entrevistas mostram uma concepção de educação continuada fragmentária, do tipo “bancária”, na qual o “educando” é tratado como um mero depositário de informações. Por outro lado, também aparece uma redução dos processos

educativos em serviços a atividades mais “escolares” que são usualmente mais valorizadas, justamente por se dar no ambiente escolar, fora do mundo do trabalho. Os depoimentos mostram uma valorização dos cursos feitos fora da instituição, embora esses processos sejam também caracterizados pela freqüente descontinuidade, tanto no tempo como nos conteúdos (Peduzzi e Palma, 1996).

As atividades de treinamento ou reciclagem são raras e realizadas sem articulação com o processo de trabalho, no sentido do reconhecimento e negociação das necessidades dos trabalhadores e do perfil da população da área de referência do serviço, bem como de transformação desse processo de trabalho. Portanto, por um lado a educação continuada de enfermagem não está consolidada nos serviços estudados e, por outro lado, muito deverá ser feito para a introdução da proposta de educação permanente, que visa articular o processo educativo em serviços com os processos de trabalho dos diversos agentes que compõem a equipe de enfermagem e a equipe de saúde, numa perspectiva de trabalho multi-profissional e interdisciplinar.

O mesmo deve ser assinalado para a supervisão de enfermagem, pois esta atividade de gerenciamento do cuidado não está incorporada na rotina de trabalho dos serviços pesquisados, à exceção do serviço 1 no qual foi possível identificar a existência de uma proposta de supervisão por parte da gerência de enfermagem e a implementação de um plano compartilhado entre as enfermeiras e os auxiliares de enfermagem, dado o número insuficiente de enfermeiros para acompanhar o trabalho cotidiano em todas as unidades e todos os turnos.

Assim sendo, mesmo no serviço 1 a supervisão é descontínua e não se caracteriza como atividade intrínseca do cotidiano de trabalho, como ferramenta de caráter gerencial que pode se caracterizar como “tecido conjuntivo” ou como “argamassa”, ao

articular os diversos momentos e trabalhos operacionalizados pelos variados agentes, articulação esta que tende a imprimir qualidade à assistência de enfermagem.

Considerações finais

Os resultados mostram um contexto de trabalho de enfermagem que requer investimentos expressivos na profissionalização e na educação permanente, corroborando com outros estudos que identificam que a maior dificuldade de acesso à educação, no País, ocorre no Ensino Profissional. Nesse sentido, vale destacar que a maioria dos trabalhadores de enfermagem dos serviços estudados apresenta Ensino Médio completo, no entanto, 52% deles não têm qualificação técnica formal e regular. Também merece ser lembrado que os trabalhadores sem qualificação técnica estão, em média, há 12 anos nos respectivos serviços, o que mostra que as instituições não encontraram alternativas de profissionalização desses agentes, antes da implantação do PROFAE.

Nos quatro hospitais pesquisados, o quadro de pessoal de enfermagem existente é inadequado por referência ao projetado e os trabalhadores encontram-se atuando sem o necessário acompanhamento por meio de supervisão e de educação continuada. Subentende-se, segundo o conceito adotado nessa pesquisa, que a supervisão de enfermagem deveria consistir no acompanhamento cotidiano do trabalho executado em cada uma das unidades, por um profissional enfermeiro, tendo em vista a reflexão sobre a prática, o controle das ações na direção do modelo assistencial preconizado na instituição e a articulação política das unidades e setores.

Retomando a proposição inicial de avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde, buscando conhecer e compreender as relações entre a qualificação profissional, o contexto de trabalho e os indicadores de qualidade, os

resultados aqui apresentados mostram que, nos serviços estudados, tanto a qualificação técnica está comprometida (a maioria dos trabalhadores de enfermagem não dispõe de qualificação requerida) quanto o contexto assistencial, pois observam-se inadequações na estrutura, particularmente no quadro de pessoal, e na organização do trabalho, visto o insuficiente acompanhamento do cuidado de enfermagem com supervisão e educação continuada.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Rocha S. M. M. **Trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortês, 1997.
- BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS**, v. 3, n. 12, p. 21-28, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Dossiê: mercado de trabalho em enfermagem no Brasil: PROFAE – Programa de Formação de Trabalhadores na Área de Enfermagem**. Brasília: [s. n.], mar. 1999. 130 p.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n.º 189/96. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Documentos básicos de enfermagem**: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo: [s. n.], 1997. p. 177-80.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med.**, v. 114, p. 1115-1118, 1990.
- DONNANGELO, M. C. F; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- FUGULIN, F. M. T. et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da USP. **Rev. Med. HU-USP**, v. 4, n. 1/2, p. 63-8, 1994.
- GAIDZINKI, R. R. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares**. 1998. 119 p. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVIVI, M. C. (Org.). **Educación permanente de personal de salud**. Washington, DC: OPS, 1994.
- KURCGANT, P. (Org.) **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.
- LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e sofrimento no trabalho**: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. 1995. Dissertação – Faculdade de Ciências Econômicas da UFRS; Rio Grande do Sul.
- MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania, v. 3).
- MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 1992. (Cadernos CEFOR, 1. Série Textos).
- _____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.
- NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- ONA. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares**. [S. l.: s. n.], [s. d.]. (Versão 2001).
- PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1994.

PEDUZZI, M. Capacitação de pessoal auxiliar em saúde mental: reflexões a partir da experiência de um Centro de Saúde Escola. **Saúde em Debate**, n. 36, p. 66-72, 1992.

PEDUZZI, M.; ANSELMI, M. L. **Relatório Final de Pesquisa – Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde, Estado da Bahia – fase 1.** [S. l.]: Ministério da Saúde; Escola de Enfermagem da USP; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2003.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.** São Paulo: Hucitec, 1996.

RIBEIRO, C. M. **Sistema de classificação de pacientes como subsídio para provimento de pessoal de enfermagem.** São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1972. (Tese).

SILVA, E. M. **Supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local.** 1997. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

_____. **Supervisão em enfermagem: análise crítica das publicações no Brasil dos anos 30 à década de 80. 1991.** Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SILVA, M. J. P.; PEREIRA, L. L.; BENKO, M. A. **Educação continuada:** estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: Marques; São Paulo: Saraiva; EDUSP, 1989.

SILVA, S. C. **Ocorrências iatrogênicas em unidade de terapia intensiva:** impacto na gravidade do paciente e na carga de trabalho de enfermagem. 2003. 110 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SÓRIO, R. E. da R. Inovações no campo da gestão de projetos sociais:

uma reflexão à luz da experiência do PROFAE. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania.** Janete Lima de Castro (Org.). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

VELLOZO, V. Intenção, gesto e dinâmicas locais: investigações em aberto. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania.** Janete Lima de Castro (Org.). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Análise da qualidade do desempenho de técnicas de enfermagem¹

Nursing techniques performance quality assessment

Marina Peduzzi

Enfermeira, professora doutora – Universidade de São Paulo

Maria Luiza Anselmi

Enfermeira, professora associada –Universidade de São Paulo

Claudia Benedita dos Santos

Estatística, professora doutora – Universidade de São Paulo

Ivan França Júnior

Epidemiologista, professor doutor – Universidade de São Paulo

Resumo: O artigo tem como objetivo apresentar os resultados parciais da pesquisa “Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde” particularmente aqueles da avaliação do índice de qualidade do desempenho das técnicas de enfermagem. Foram estudadas as técnicas: inalação, punção venosa para aplicação de medicamentos e medicação intramuscular, em quatro hospitais do Estado da Bahia. Na análise, segundo os núcleos das técnicas, observam-se desempenhos mais comprometidos no plano estritamente técnico, sobretudo nos passos relacionados à anti-sepsia e na comunicação. Na análise da associação entre qualidade de desempenho e categoria do trabalhador de enfermagem, foram encontrados resultados com significância estatística somente na punção venosa para medicação e na medicação intramuscular. A caracterização do contexto de trabalho nos serviços pesquisados mostra que o serviço 1 apresenta o quadro de pessoal de enfermagem mais adequado e que é o único no qual existe uma proposta estruturada de supervisão de enfermagem. Entende-se que o melhor desempenho do serviço 1, no escore global das técnicas de enfermagem, pode estar relacionado às condições favoráveis do seu contexto de trabalho.

Palavras-chave: Avaliação de Impacto; Avaliação de Processos e Resultados (cuidados de saúde); Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Processo de Trabalho em Enfermagem, Recursos Humanos de Enfermagem.

Abstract: This paper is aimed at disclosing the partial results of the research “Evaluation of PROFAE impact on the quality of health services” (Ministry of Health), particularly those regarding to the assessment of the quality rate associated to the performance of nursing techniques. Inhaling, venous puncture for the administration of medication and intra-muscular medication were the techniques studied in four hospitals in the State of Bahia. In the analysis, based on the techniques nuclei, one observes more critical performances in the strictly technical sphere, especially in the steps regarding antisepsis and communication. In the analysis on the association between the performance quality and the category of the nursing worker, results reporting statistical significance were found only regarding venous puncture for medication and intra-muscular medication. The characterization of the work context for services survey shows that service 1 has the most adequate nursing staff and is the only one with a structured proposal on nursing supervision. It may be understood that the better performance by service 1, in the global score of nursing techniques, might be related to the favorable conditions of its work context.

Keywords: Impact Evaluation; Outcome and Process Assessment (health care); Nursing Care Quality Assessment; Work Process in Nursing; Nursing Staff.

¹ Esta pesquisa é desenvolvida com apoio do Ministério da Saúde.

Introdução

Neste artigo, apresentam-se resultados parciais da fase 1 da pesquisa “Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde”², particularmente aqueles referidos à avaliação da qualidade do desempenho das técnicas de enfermagem. Um dos objetivos da pesquisa de impacto, desenvolvida no Estado da Bahia, refere-se à avaliação do padrão de qualidade da assistência de enfermagem, com base em três indicadores, dentre os quais o índice de qualidade do desempenho de técnicas, aqui apresentado.

A escolha desse indicador justifica-se pelo destaque que as técnicas de enfermagem adquirem na configuração histórica do trabalho de enfermagem e, particularmente, do auxiliar de enfermagem (Almeida, 1984; Almeida e Rocha, 1986, Silva, 1986). Segundo Almeida (1984), a primeira modalidade de saber que se configura no campo da enfermagem, no final do século XIX e início do século XX, são as técnicas; a segunda modalidade foram os princípios científicos das técnicas, no início da década de 50 e, finalmente, as teorias de enfermagem a partir da década de 60.

A centralidade dos procedimentos técnicos no trabalho da enfermagem vem sendo corroborada pelos resultados encontrados, até o momento, no estudo da caracterização do processo de trabalho do auxiliar de enfermagem³. Esses resultados reiteram o cuidado de enfermagem como objeto de intervenção central no trabalho de enfermagem, executado sobretudo pelo auxiliar, com foco nos procedimentos técnicos, acompanhados de interação com os usuários. Embora a dimensão comunicativa esteja presente, o estudo mostra que o núcleo do trabalho do auxiliar de enfermagem refere-se à execução das técnicas⁴.

A partir do referencial teórico dos estudos do trabalho em enfermagem, que já acumulam uma produção expressiva no campo (Almeida, 1984; Almeida e Rocha, 1986; Almeida e

Rocha, 1997; Car e Egry, 1995; Castellanos, 1987; Chianca e Antunes, 1999; Garcia e Nóbrega, 2000; Melo, 1986; Pires, 1989; Rocha, 1987), toma-se como *premissa desta pesquisa que as técnicas de enfermagem configuram o saber e a ação nuclear do trabalho do auxiliar de enfermagem*. Com isso, não se quer reduzir o exercício cotidiano desse trabalho à execução de procedimentos, mas esclarecer que esta é a ação central que o distingue dos demais trabalhos de enfermagem.

A reflexão e as investigações sobre o processo de trabalho em saúde e em enfermagem tomam a categoria trabalho tal como concebida na vertente marxista, portanto, o trabalho constitui processo de mediação entre o homem e a natureza, por meio da qual são realizadas transformações requeridas pelas necessidades humanas (Mendes-Gonçalves, 1979, 1992, 1994).

No trabalho, são as necessidades humanas que movem o sujeito à ação, tendo ele introjetado o que é a finalidade do processo de trabalho e a intencionalidade que está na origem como projeto, e está no horizonte, como resultado a ser alcançado por meio daquele trabalho específico. Esse aspecto diferencia o trabalho de outras práticas sociais no qual o que move o sujeito à ação é a vontade plena, ou seja, a vontade não disciplinada às normas sociais, ao modo socialmente aceito e específico de produção de uma dada mercadoria ou serviço.

2 PEDUZZI, M.; ANSELMI, M.L. Relatório Final de Pesquisa: Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde, no Estado da Bahia, fase 1. São Paulo. Ministério da Saúde/Escola de Enfermagem da USP, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2003.

3 PEDUZZI, M.; ANSELMI, M.L. Relatório de pesquisa (parcial): análise do processo de trabalho do auxiliar de enfermagem na equipe de saúde. São Paulo. Ministério da Saúde/Escola de Enfermagem da USP/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2001.

4 Uma discussão mais detalhada desses aspectos pode ser encontrada no artigo intitulado “O processo de trabalho do auxiliar de enfermagem”, também publicado neste número da revista.

Entretanto, o trabalhador não está completamente subjugado ao projeto de trabalho, pois ao realizá-lo, como ser humano, utiliza, continuamente, sua capacidade de avaliação e de julgamento. O trabalho prescrito e o trabalho executado são aspectos distintos da atividade de trabalho (Liedke, 1997), por um lado, temos a normatividade (o projeto técnico prescrito) e, por outro, a mobilização subjetiva (o sujeito e seus próprios projetos construídos socialmente num certo campo de possíveis). Portanto, ocorre um contínuo processo de reajuste que propicia a adequação do trabalho aos objetivos e resultados inicialmente propostos, ou a sua redefinição. Esse processo reflete a interface entre trabalho e interação que, em síntese, constitui o quadro teórico-conceitual aqui proposto para o estudo da qualidade do desempenho das técnicas de enfermagem (Ayres, 2002; Peduzzi, 1998).

Articulando este referencial teórico aos estudos de Dussault (1994; 1999) e Dussault e Souza (2000) sobre desempenho profissional, utiliza-se nessa pesquisa *“a concepção de desempenho como prática que envolve tanto a execução de intervenções técnicas quanto à interação dos sujeitos em um dado contexto de trabalho visando alcançar os objetivos do serviço”*.

Segundo Dussault e Souza (2000), o desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde é influenciado por três processos: o desenvolvimento de competências, a distribuição de pessoal e a gerência de pessoal e estes, por sua vez, têm como determinantes as políticas e os sistemas de regulação, a disponibilidade de recursos e as relações de poder entre os atores envolvidos. Portanto, o desempenho profissional não se refere apenas à atuação de cada trabalhador de *per si*, mas deve ser considerado na relação recíproca entre agente, equipe de trabalho e serviço, considerando-se não apenas os conhecimentos, habilidades e atitudes de cada profissional, porém o quadro de

pessoal disponível e o processo de gerenciamento desse conjunto (Peduzzi e Anselmi, 2002).

A partir desse quadro teórico, busca-se avaliar o desempenho profissional de agentes inseridos no processo de trabalho de enfermagem em um dado contexto assistencial. Tal como proposto por Schraiber e Nemes (1996), toma-se o desempenho profissional como atuação *no e do* trabalho, colocando em destaque as questões emergentes para a avaliação dos serviços de saúde a partir da *relação trabalhador-atividade do trabalho*. Nessa abordagem da avaliação, o aspecto central são as relações entre os recursos humanos e a qualidade dos serviços.

Além do referencial apresentado, o estudo também pautou-se em recursos matemáticos, utilizados tanto na elaboração do banco de dados para armazenamento das informações coletadas, quanto na análise estatística do material empírico. Trata-se, portanto, de uma pesquisa com uma abordagem qualitativa e quantitativa do objeto de estudo, cujos objetivos são: avaliar a qualidade do desempenho de técnicas de enfermagem, sua associação com a categoria do prestador de cuidados de enfermagem e sua relação com algumas características do contexto de trabalho.

Aspectos metodológicos

O estudo foi desenvolvido em quatro serviços de saúde do Estado da Bahia que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: possuir contingente de trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal e regular participando do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) em número superior ou igual a 10 e que realizavam as técnicas estudadas (inalação, punção venosa para medicação e medicação intramuscular); acesso geográfico e técnico-operacional; disponibilidade do serviço em fornecer informações e operacionalizar a pesquisa. Segundo o procedimento de amostragem

adoptado, os serviços de saúde estudados são representativos dos hospitais privados filantrópicos conveniados com o Sistema Único de Saúde no Estado da Bahia, que contam no seu quadro de pessoal com trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal e regular.

Quanto aos indicadores de produção dos serviços estudados, o serviço 1 conta com 163 leitos ativos, taxa de ocupação de 72,8% e um total de 153 trabalhadores de enfermagem (53 sem qualificação técnica formal, 72 auxiliares de enfermagem, 18 técnicos de enfermagem e 10 enfermeiros). O serviço 2 conta com 73 leitos ativos, taxa de ocupação de 29,9% e um total de 25 trabalhadores de enfermagem (24 sem qualificação técnica formal e 1 enfermeiro). O serviço 3 conta com 220 leitos ativos, taxa de ocupação de 67,8% e um total de 172 trabalhadores de enfermagem (94 sem qualificação técnica formal, 26 auxiliares de enfermagem, 47 técnico de enfermagem e 5 enfermeiros). Finalmente, o serviço 4 conta com 87 leitos ativos, taxa de ocupação de 45% e um total de 30 trabalhadores de enfermagem (25 sem qualificação técnica formal, 2 auxiliares de enfermagem, 2 técnicos de enfermagem e 1 enfermeiro).

Outro plano de amostragem é utilizado para a definição da amostra de trabalhadores de enfermagem em cada serviço estudado. Essa amostra

é estratificada por categoria (trabalhadores sem qualificação técnica formal cursando PROFAE; trabalhadores sem qualificação técnica formal não-PROFAE; auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem) e por técnica estudada (inalação; punção venosa para medicação e medicação por via intramuscular). Trata-se de amostra estratificada, aleatória e por conveniência, constituída de no mínimo 7 e no máximo 15 agentes por categoria. O número máximo de indivíduos foi definido em função de condições operacionais da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de 1º de outubro a 7 de dezembro de 2001. Foram aplicados instrumentos do tipo *checklist*, que consiste na descrição pormenorizada, passo a passo, das técnicas selecionadas, considerando o padrão de excelência para sua execução. Para cada técnica, foi construído um *checklist* específico (inalação, Anexo 1; punção venosa para medicação, Anexo 2; e medicação por via intramuscular, Anexo 3).

Quanto ao procedimento de coleta de dados, para cada indivíduo de cada categoria profissional, em cada técnica estudada, registraram-se, no mínimo, três observações, de modo a garantir a variabilidade dos indivíduos amostrados. Entretanto, em nenhum dos quatro serviços pesquisados foi possível atingir 100% das observações esperadas (Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição dos trabalhadores de enfermagem observados, segundo técnica de enfermagem, município e proporção de observações

Técnica	Município	Indivíduos observados segundo formação (n)	Proporção de indivíduos com observações > 3 (%)
Inalação *	1	36	91,7
	2	10	30
	3	33	91
Punção venosa	1	50	96
	2	11	81,8
	3	57	82,4
	4	07	71,4
Medicação IM	1	49	95,9
	2	14	64,3
	3	62	93,5
	4	07	85,7

* No serviço 4, não houve observação, pois durante todo o período de coleta de dados o aparelho de inalação encontrava-se quebrado.

Isto se deve ao modelo de organização do trabalho da enfermagem, denominado funcional, no qual ocorre a divisão do trabalho diário por tarefas, ou seja, cada trabalhador desempenha uma atividade para um conjunto de pacientes. Esse modelo acarreta a especialização na tarefa, dificultando tanto a composição da amostra de trabalhadores por procedimento quanto a realização do número mínimo de observações.

A análise do material empírico foi desenvolvida com base em técnicas quantitativas e qualitativas, de modo a permitir tanto a mensuração do desempenho dos trabalhadores de enfermagem quanto a análise dos conteúdos das ocorrências (acertos e/ou erros), buscando-se compreender o seu significado no processo de trabalho de enfermagem. A análise quantitativa foi realizada através de testes estatísticos não paramétricos como Mann Whitney, Friedman e Kruskal Wallis, seguidos de comparações múltiplas, quando necessário, com nível de significância de 5% (Siegel, 1975). Para a análise qualitativa, foi definida uma tipologia dos passos que compõe cada procedimento, distinguindo quatro núcleos das técnicas de enfermagem: *núcleo duro* (passos sem os quais a técnica não se realiza), núcleo estritamente técnico, núcleo comunicativo e interativo e núcleo gerencial. Essa tipologia foi utilizada também na análise estatística.

Para a execução da coleta de dados, foi constituída uma equipe de pesquisa para cada serviço estudado, dimensionada de acordo com o respectivo número de leitos e integrada por um supervisor de campo.

Quanto ao controle de qualidade do material empírico, foi realizado o monitoramento da coleta de dados por meio da revisão em duas etapas de todos os formulários preenchidos: inicialmente executada pelo supervisor de campo e, posteriormente, por um componente da equipe central de pesquisa. Todos os formulários com os dados coletados eram revistos no

que tange ao preenchimento dos campos e à sua consistência, e aqueles que apresentavam erros eram devolvidos para os respectivos supervisores para correção ou para nova aplicação do instrumento.

Quanto à avaliação de validade interna dos dados coletados, estudos que utilizam a técnica de observação direta encontram dificuldade de evitar por completo o viés, sendo necessário, para estes, reconhecer os erros sistemáticos da coleta para discutir seus eventuais impactos nas estimativas e testes de hipóteses ou de associações. No tocante ao viés de informação, que se refere a fidedignidade e confiabilidade da informação, embora a observação direta contorne a maior parte desses problemas, ela própria cria alguns vieses, tais como a diferença entre os observadores e a possibilidade de subestimar erros a depender do grau de conhecimento do observador, suas crenças de natureza técnica, científica e outras. Para evitar tal viés, foram tomadas três medidas: a) construir instrumentos de coleta de dados com a descrição objetiva e precisa dos campos a serem preenchidos com os dados levantados, acompanhados de um manual de orientação para o preenchimento de cada campo e pré-teste de cada instrumento no piloto da pesquisa; b) realização de treinamento para padronização dos pesquisadores de campo; c) monitoramento da coleta de dados, anteriormente descrita.

Considerando que o indicador de qualidade da assistência de enfermagem estudado, tal como os demais indicadores que investigam a relação trabalhador-atividade, comporta-se de forma diversa a depender do contexto em que o trabalho é desenvolvido, também foram analisadas variáveis que se referem à estrutura organizacional dos serviços: quadro de pessoal de enfermagem, supervisão em enfermagem e educação continuada.

A análise dos serviços de saúde, no que se refere ao dimensionamento de enfermagem, foi realizada

considerando-se a relação entre o quadro de pessoal existente nesses serviços e o quadro projetado, segundo método desenvolvido por Gaidzinski (1998) e o sistema de classificação de pacientes por grau de complexidade assistencial de Fugulin *et al.* (1994). O dimensionamento de pessoal de enfermagem foi analisado tomando-se como referência às unidades de internação dos quatro hospitais, considerando-se as seguintes variáveis de estudo: tempo de assistência de acordo com o perfil dos pacientes, percentual adicional para cobertura de ausências previstas e não previstas, jornada efetiva de trabalho. Esses dados foram coletados por meio de instrumentos construídos especificamente com essa finalidade.

Para o estudo das variáveis supervisão e educação continuada, as informações foram coletadas por meio de entrevista semi-estruturada com os gerentes centrais do serviço e da área de Enfermagem. No total, foram realizadas 10 entrevistas, gravadas e transcritas. Na análise do material empírico utilizou-se a técnica da impregnação, que consiste no contato exaustivo com o material empírico, por meio de leituras sucessivas, até deixar-se impregnado pelo seu conteúdo e poder construir uma síntese de cada relato e do conjunto dos depoimentos. Esse processo permite identificar núcleos temáticos que são analisados e interpretados à luz do referencial teórico. Também foram utilizados indicadores específicos para cada variável. Para a análise da supervisão os indicadores foram: freqüência, instrumentos e registro da supervisão, e número de enfermeiros supervisores. Para a análise da educação continuada, os indicadores foram: existência de setor ou equipe de educação continuada, número de trabalhadores de enfermagem participantes nas atividades ao mês, instrumentos e registro da educação continuada.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Univer-

sidade de São Paulo. Pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitou-se a aquiescência dos sujeitos (trabalhadores de enfermagem) para desenvolver a observação e autorização para divulgação dos resultados do estudo. Também foi solicitada autorização para a pesquisa de campo e divulgação dos resultados à Direção Técnica dos quatro serviços de saúde estudados.

Resultados e discussão

Na análise verificam-se, para cada uma das técnicas estudadas, as diferenças de desempenho por categoria profissional e por serviço. O desempenho dos trabalhadores de enfermagem também é analisado segundo os passos e os núcleos de cada procedimento. A seguir, apresentam-se as características do contexto de trabalho nos quatro hospitais estudados.

Inalação

Esta técnica foi observada nos serviços 1, 2, 3.

- Diferenças de desempenho entre as categorias profissionais por serviço

O serviço 2 não consta na análise das diferenças de desempenho entre as categorias profissionais, pois nesse estabelecimento havia somente trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal. Nesta distribuição, busca-se avaliar a diferença na qualidade do desempenho segundo o grau de qualificação técnica do trabalhador de enfermagem, ou seja, trabalhadores sem qualificação técnica formal, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem.

Nos serviços 1 e 3 não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes, seja no desempenho global das diversas categorias, seja em cada passo isoladamente. Com esse resultado, entende-se que os diferentes trabalhadores foram igualmente bem ou mal nos diversos passos e na média global.

Quando analisadas as diferenças de desempenho entre os trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal (cursando PROFAE e não-PROFAE), também não foi observada diferença estatisticamente significante. Embora, seja preciso cautela na interpretação desse resultado, uma vez que as amostras são pequenas para oferecer maior segurança quanto à inexistência de diferenças.

- Análise segundo os passos da técnica

Nos três serviços, nos quais a técnica de inalação foi estudada, observou-se um desempenho insuficiente nos passos “Conecta o inalador à extensão do fluxômetro”, “Abre a válvula no fluxo prescrito” e “Desliga o fluxômetro e retira o inalador”.

No que se refere aos passos relacionados à comunicação e integração, houve bom desempenho com exceção do passo “Fornece orienta-

tações ao paciente”, para o qual observou-se desempenho comprometido nos três serviços.

Os problemas mais sérios ocorrem com os passos relacionados à anti-sepsia “Lava as mãos” antes e após o procedimento, bem como com o passo “Lava o inalador e coloca em solução desinfectante”.

- Análise segundo os núcleos da técnica: núcleo duro, comunicacional, gerencial e técnico

Na Tabela 2, apresenta-se a taxa média percentual de acertos no desempenho da inalação segundo os núcleos (duro, técnico, comunicacional e gerencial) e os serviços. Observa-se que, no serviço 2, estão comprometidos o núcleo duro (24% de acertos), o comunicacional (64% de acertos) e o técnico (62% de acertos). No serviço 3, estão comprometidos o núcleo duro (26% de acertos), o gerencial (58% de acertos) e o técnico (69% de acertos).

Tabela 2

Valores médios e medianos da taxa percentual de acertos no desempenho da técnica inalação, segundo núcleos e serviços estudados. Bahia. 2001

Serviço	Duro		Comunicação		Gerencial		Técnico	
	Média %	Mediana %	Média %	Mediana %	Média %	Mediana %	Média %	Mediana %
1	87	87	78	77	85	100	78	80
2	24	25	64	76	87	100	62	62
3	26	25	89	100	58	67	69	71

- Diferenças de desempenho entre serviços e equipes de enfermagem

Quanto à análise do escore médio global da técnica de inalação por serviço, a avaliação feita pelo teste de Kruskal Wallis (com nível de significância de 5%), seguido de comparações múltiplas mostra que o desempenho no serviço 1 é superior aos demais, com escore médio de 60,8%. No serviço 2, o escore médio global é de 16,8% e, no serviço 3, de 24,3%, não tendo sido observadas diferenças estatísticas entre as equipes de enfermagem destes dois serviços. Vale

ressaltar que, no serviço 2, todos os trabalhadores de enfermagem não têm qualificação técnica formal e regular.

- Análise do desempenho da técnica inalação “incluindo o passo 8” e “excluindo o passo 8”

A análise do desempenho por passos e por núcleos da inalação mostrou uma prática seriamente comprometida na execução dos passos relacionados ao núcleo duro nos três serviços estudados, especialmente nos serviços 2 (24% de acertos) e 3 (26% de acertos).

Detectou-se que os serviços pesquisados utilizavam ar comprimido ao invés de oxigênio para a realização de inalação, o que dispensa o controle e abertura da válvula no fluxo prescrito (passo 8 no instrumento de coleta de dados da técnica – Anexo 1). Isso acarretou um viés na observação que considerou errado um passo que não é prescrito pelo médico. Portanto, considerou-se necessário proceder a análise da técnica “incluindo o passo 8” e “excluindo o passo 8”.

Ao excluir o passo 8, os resultados finais mantiveram-se os mesmos, ou seja, manteve-se o melhor desempenho do núcleo duro no serviço 1, passando a média de acerto de 87% (incluindo passo 8) para 92% (excluindo passo 8). Nos serviços 2 e 3, manteve-se, para ambos, o pior desempenho entre os núcleos para o núcleo duro, passando, no serviço 2, de 24% de acertos para 31% de acertos e, no serviço 3, de 26% de acertos para 34% de acertos.

Quanto à diferença de qualidade do desempenho do núcleo duro entre as categorias profissionais, a exclusão do passo 8 manteve os resultados sem diferenças estatisticamente significantes. Esse mesmo resultado havia sido observado na análise anterior que incluía o passo 8.

Na análise da diferença do escore médio global de desempenho por serviços, foram mantidos os mesmos resultados finais, com melhor desempenho do serviço 1, tanto com a inclusão do passo 8, quanto com a exclusão do passo 8. Os serviços 2 e 3 não diferem entre si. No entanto, observam-se escores médios superiores quando analisado cada um dos três serviços em separado, com a exclusão do passo 8. Assim, observa-se que o serviço 1 passa de 60,8% de acertos (incluindo o passo 8) para 81,9% de acertos (excluindo o passo 8); o serviço 2 passa de 16,8% de acertos (incluindo o passo 8) para 57,7% de acertos (excluindo o passo 8) e o serviço 3 passa de 24,3% de

acertos (incluindo o passo 8) para 65,2% de acertos (excluindo o passo 8).

Quando analisadas as diferenças entre as categorias profissionais entre os três serviços estudados, excluído o passo 8, observa-se melhor desempenho no serviço 1 para todas as relações de categorias. Em todas as comparações por categoria, a qualidade de desempenho do serviço 1 é superior aos dois outros serviços. Chama a atenção que os trabalhadores sem qualificação técnica formal do serviço 1 sejam melhores do que aqueles dos serviços 2 e 3. O mesmo ocorrendo com os auxiliares de enfermagem, que são melhores no serviço 1, e com os técnicos de enfermagem, que também são melhores no serviço 1.

Punção Venosa

Esta técnica foi observada nos quatro serviços de saúde estudados.

- Diferenças de desempenho entre as categorias profissionais por serviço

Nos serviços 1 e 3, nos quais encontram-se as três categorias profissionais (trabalhadores sem qualificação técnica formal, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem), não se observou desempenho diferente, desde um ponto de vista estatístico, entre as categorias, a exceção do passo “Registra o procedimento”. Nesse passo, o serviço 1 mostrou melhor desempenho do técnico de enfermagem em relação ao auxiliar de enfermagem que, por sua vez, teve melhor desempenho que os trabalhadores com qualificação técnica formal. No serviço 3, esse passo mostra melhor desempenho do técnico e do auxiliar de enfermagem em comparação com os trabalhadores sem qualificação técnica formal.

Nos serviços 1, 2 e 3, foi avaliado o desempenho entre os trabalhadores sem qualificação técnica formal, distinguindo os que cursam PROFAE e os não-PROFAE. No serviço 4, essa análise não foi realizada porque todos os trabalhadores sem qualificação técnica estavam ligados ao PROFAE.

Nos serviços 1 e 3, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre trabalhadores PROFAE e não-PROFAE. No entanto, foi observada diferença com significância estatística no serviço 2, que mostra melhor desempenho para os trabalhadores PROFAE, tanto no escore médio global da técnica quanto no núcleo da comunicação e da interação, particularmente nos passos “Explica ao paciente o que será feito” e “Fornece orientações ao paciente”.

- Análise segundo os passos da técnica

Embora o desempenho nos passos da técnica punção venosa para medicação tenha sido superior quando comparado aos passos da técnica inalação, também, na punção venosa, observam-se aspectos da técnica que estão comprometidos, especialmente os passos relacionados à anti-sepsia que constam no núcleo técnico. Dentre esses passos, os que apresentam pior desempenho são a lavagem das mãos antes e após o procedimento. Nesse sentido, lembra-se a ausência de pia ou lavabo nas unidades de internação pesquisadas, o que dificulta a realização desses passos a contento, conforme pre-

conizado no padrão de excelência da técnica de punção venosa.

Também foi observado que os passos “Calça as luvas” e “Retira as luvas”, respectivamente antes e após o procedimento, estão com o desempenho comprometido, estes relacionados à biossegurança.

No que diz respeito a comunicação e interação, foi possível identificar um desempenho insuficiente especialmente nos passos “Explica ao paciente o que será feito” e “Fornece orientações ao paciente”.

- Análise segundo os núcleos da técnica: núcleo duro, comunicacional, gerencial e técnico

A Tabela 3 mostra a taxa média percentual de acertos na técnica de punção venosa para medicação segundo os núcleos e os serviços. Observa-se o desempenho comprometido especialmente no serviço 4 que apresenta no núcleo duro 60% de acertos, no comunicacional 34% de acertos, no gerencial 8% e no técnico 17% de acertos. Considerando os quatro núcleos ou dimensões da técnica, observa-se um pior desempenho no núcleo técnico que contém os passos relacionados à anti-sepsia.

Tabela 3

Valores médios e medianos da taxa média percentual de desempenho da técnica punção venosa para medicação, segundo núcleos e serviços estudados. Bahia. 2001

Serviço	Duro		Comunicação		Gerencial		Técnico	
	Média %	Mediana %	Média %	Mediana %	Média %	Mediana %	Média %	Mediana %
1	98	98	82	87	95	100	69	70
2	95	96	72	75	84	94	40	37
3	95	96	94	98	97	100	42	39
4	60	58	34	34	8	2	17	17

- Diferenças de desempenho entre os serviços e equipes de enfermagem

Em relação ao escore médio global, o serviço 1 apresenta melhor desempenho que os demais serviços estudados também na técnica punção venosa, com um resultado de 88,3% de acertos. Os serviços 2 e 3

aparecem em seguida com os resultados de 31,6% e 54,1% de acertos, respectivamente. O serviço 4 chama a atenção por apresentar um escore médio global de apenas 4% de acertos, evidenciando um elevado comprometimento no desempenho da punção venosa.

Medicação Intramuscular

Esta técnica foi observada nos quatro serviços estudados.

- Diferença de desempenho entre as categorias profissionais por serviço

Nos serviços 1 e 3, não foi detectado nenhum desempenho diferente, em termos estatísticos, na prática da medicação intramuscular entre as três categorias profissionais.

Nos serviços 1, 2 e 3, foi avaliado o desempenho entre os trabalhadores sem qualificação técnica formal, distinguindo os que cursam PROFAE e os não-PROFAE. No serviço 4, essa análise não foi realizada porque todos os trabalhadores sem qualificação técnica estavam ligados ao PROFAE. Nos serviços 1 e 3, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre trabalhadores PROFAE e não-PROFAE. Porém, no serviço 2, mesmo sem apresentar diferença com significância estatística, o comportamento nos passos “Explica ao paciente o que será feito” e “Fornece orientações ao paciente”, ligados à comunicação e interação, apontaram para um melhor desempenho dos trabalhadores sem qualificação técnica formal cursando PROFAE ($p= 0,08$).

- Análise segundo os passos da técnica

Os desempenhos dos trabalhadores de enfermagem nos passos do núcleo duro foram positivos e consistentes no serviço 1. No serviço 3, esses passos também tiveram um bom desempenho, com exceção do passo “Identifica o local da punção” no qual 25% dos auxiliares de enfermagem tiveram escore inferior a 75 ($P25 = 75\%$).

Contudo, observou-se desempenho insuficiente nos passos “Explica ao paciente o que será feito” e, mais importante ainda, no passo “Fornece orientações ao paciente”, que estavam relacionados ao núcleo de comunicação e interação.

Também na técnica de medicação intramuscular observaram-se problemas para todas as categorias profissionais com os passos relacionados à anti-sepsia, particularmente os passos “Lava as mãos antes” e “Lava as mãos depois”.

Verificaram-se ainda ocorrências importantes de erros em dois passos do núcleo técnico “Testa a seringa e conecta a agulha” e “Troca a agulha colocando a específica para Intramuscular”. A execução correta deste último passo dependeu também da disponibilidade de material de consumo, especificamente a agulha para aplicação da medicação intramuscular. Nos hospitais estudados, observou-se restrição quanto a este material, o que dificultou o desempenho da técnica a contento.

- Análise segundo os núcleos da técnica: núcleo duro, comunicacional, gerencial e técnico

A Tabela 4 mostra a taxa média percentual de acertos na técnica de medicação intramuscular segundo os núcleos e serviços. Aqui também, observou-se pior desempenho no serviço 4 que apresentou no núcleo duro 57% de acertos, no comunicacional 3% de acertos, no gerencial 5% de acertos e no técnico 29% de acertos. Também apresentou um desempenho comprometido para todas as categorias profissionais, o núcleo comunicacional no serviço 2, com 66% de acertos.

Tabela 4

Valores médios e medianos da taxa média percentual de acertos no desempenho da técnica medicação intramuscular, segundo núcleos e serviços estudados. Bahia. 2001

Serviço	Duro		Comunicação		Gerencial		Técnico	
	Média %	Mediana %	Média %	Mediana %	Média %	Mediana %	Média %	Mediana %
1	98	100	77	80	98	100	73	73
2	97	100	66	77	95	100	70	74
3	94	97	87	100	93	100	74	75
4	57	59	3	0	5	0	29	30

- Diferenças de desempenho entre serviços e equipe de enfermagem

Também nesta técnica, o serviço 1 apresentou escore médio global de desempenho superior aos demais serviços, com um resultado de 71,8% de acertos. O serviço 3 aparece em seguida com escore médio global de 70,9% e o serviço 2 com o escore médio global de 59,9%.

O serviço 4 chama a atenção pelo baixo desempenho no escore médio global de desempenho na técnica medicação intramuscular, que ficou em 4% de acertos.

- Características do contexto de trabalho nos quatro serviços de saúde estudados

Quanto ao perfil dos trabalhadores de enfermagem nos quatro serviços de saúde estudados, verifica-se um total de 380 trabalhadores de enfermagem, sendo a maioria 196 (52%) composta de trabalhadores sem qualificação técnica formal e regular; seguida de 100 (26%) auxiliares de enfermagem; 67 (18%) técnicos de enfermagem e 17 (4%) enfermeiros.

Esses dados diferem da composição da força de trabalho de enfermagem no País (Brasil, 2001), que mostra um quadro com aproximadamente 30% de trabalhadores sem qualificação técnica, 50% de auxiliares de enfermagem; 8% de técnicos de enfermagem e 12% de enfermeiros. Portanto, os serviços estudados apresentam um perfil de composição das diversas categorias profissionais e ocupacionais de menor qualificação técnica quando comparado ao perfil da força de trabalho de enfermagem nacional. Esses dados são congruentes com o recorte da pesquisa, qual seja, investigar estabelecimentos de saúde que ainda concentrem um contingente expressivo de trabalhadores sem qualificação técnica formal e regular, visto que o objeto de estudo é o impacto da profissionalização dos trabalhadores de enfermagem na qualidade dos serviços de saúde.

No que se refere ao quadro de pessoal de enfermagem, os serviços 1, 2, 3 e 4 apresentam, respectivamente, 25%, 20%, 14% e 12,5% da proporção de enfermeiros projetada. E apresentam, também respectivamente, 23%, 0%, 40% e 10% da proporção de auxiliares e técnicos de enfermagem esperados. O serviço 2 conta com 24 trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal. Considerando que estes serão auxiliares de enfermagem após cursarem o PROFAE e a necessidade de um quadro de 16 auxiliares e técnicos, o serviço apresentaria uma proporção superior à esperada de trabalhadores de enfermagem de nível médio (150%).

Portanto, nos quatro serviços, o quadro de pessoal de enfermagem é inadequado, tanto quantitativa como qualitativamente, ou seja, no que se refere à composição das categorias profissionais. Nesse sentido, vale destacar que a maioria dos pacientes apresenta um perfil de complexidade assistencial do tipo cuidado mínimo ou intermediário tratando-se de serviços de baixa densidade tecnológica, o que, em parte, pode estar relacionada à manutenção de um quadro de pessoal de enfermagem insuficiente e inadequado para os padrões preconizados na literatura.

Dos quatro hospitais estudados, apenas o serviço 1 apresenta uma proposta estruturada e uma prática efetiva de supervisão em enfermagem. Embora, observe-se um déficit de enfermeiros para desenvolver essa atividade, pois o quadro de enfermeiros corresponde a 25% do esperado.

Quanto à educação continuada, em nenhum dos serviços de saúde pesquisados foi identificada uma proposta estruturada e uma prática efetiva nesse sentido. Porém, também nessa variável o serviço 1 mostrou melhores condições que os demais estabelecimentos de saúde pesquisados, considerando que existem dois profissionais formalmente responsáveis e referência à necessidade de estruturar adequadamente

as atividades de educação continuada em um futuro próximo.

Considerações finais

O escore geral de desempenho nas técnicas é melhor no serviço 1, embora especificamente nos aspectos relacionados à comunicação da técnica punção venosa, o serviço 3 seja melhor. Entende-se que o melhor desempenho das técnicas de enfermagem do serviço 1 está relacionado à existência de um quadro de pessoal de enfermagem mais adequado, tanto quantitativa quanto qualitativamente, bem como à existência de uma proposta de supervisão de enfermagem, visto que o desempenho no exercício cotidiano do trabalho expressa o contexto em que ocorre a assistência de enfermagem.

Nesse estudo, o contexto no serviço 1 é marcado pela existência de um quadro de pessoal de enfermagem mais adequado que os demais serviços estudados (aspecto relacionado à estrutura organizacional) e pela existência de uma proposta de supervisão de enfermagem (aspectos relacionados à organização do trabalho).

No entanto, faz-se necessário ressaltar que para todos os serviços de saúde estudados, inclusive para o serviço 1, a qualidade de desempenho nas técnicas de enfermagem estudadas está comprometida, particularmente nos serviços 2 e 4 que apresentam uma estrutura mais precária em termos de quadro de pessoal. O serviço 2 permaneceu dois anos consecutivos sem nenhum enfermeiro e no período da coleta de dados havia um profissional contratado há quatro meses no estabelecimento. O serviço 4 permaneceu seis anos consecutivos sem nenhum enfermeiro e no período da coleta de dados havia um profissional contratado há um ano. O serviço 2, à época da pesquisa de campo, contava apenas com trabalhadores sem qualificação técnica formal e regular no seu quadro da enfermagem (15 PROFAE e 10 não-PROFAE). O serviço 4 con-

tava com um quadro de 25 trabalhadores sem qualificação técnica (14 PROFAE e 11 não-PROFAE) e apenas 2 auxiliares de enfermagem e 2 técnicos de enfermagem.

Chama a atenção as dificuldades de desempenho nos passos do núcleo comunicação e interação, pois como apresentado no referencial teórico entende-se que a interação é intrínseca às técnicas de enfermagem, imprimindo qualidade ao cuidado à medida que considera as necessidades de saúde do usuário, potencializando a humanização da assistência à saúde.

Também merece destaque o desempenho comprometido no núcleo técnico, especialmente nos passos relacionados à anti-sepsia que sabidamente estão relacionados à taxa de infecção hospitalar. Lembre-se que os erros na anti-sepsia, os mais freqüentes são a ausência de lavagem das mãos.

Quanto à diferença de desempenho entre as categorias profissionais (trabalhadores sem qualificação técnica regular, auxiliares e técnicos de enfermagem), foram encontrados resultados com significância estatística na técnica de punção venosa para aplicação de medicamentos. No serviço 2, o desempenho da punção venosa dos trabalhadores sem qualificação técnica cursando o PROFAE foi melhor do que o desempenho dos não-PROFAE, tanto no escore global como no núcleo comunicação e interação. Também, no passo “Registra o procedimento” do núcleo gerencial da punção venosa para medicação, foram identificadas diferenças estatísticas entre as categorias profissionais.

No serviço 2, embora não tenha sido observada diferença estatisticamente significante na técnica de medicação intramuscular, quando considerados os trabalhadores sem qualificação técnica PROFAE e não-PROFAE, particularmente no núcleo comunicação e interação, os resultados apontam para o melhor desempenho dos trabalhadores cursando PROFAE ($p=0,08$).

Os resultados encontrados permitem destacar a relação entre qualidade da assistência de enfermagem, supervisão e educação continuada, pois a diferença de desempenho entre os serviços foi maior que a diferença do desempenho entre as diversas categorias de trabalhadores de enfermagem. O melhor desempenho foi verificado no serviço de saúde no qual existe uma proposta e prática, embora insuficiente, de supervisão de enfermagem.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, M. C. P. **Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática.** 1984. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1984.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Cortez, 1986.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997.
- AYRES, J. R. C. M. **Do processo de trabalho em saúde à dialógica do cuidado:** repensando conceitos e práticas em saúde coletiva. 2002. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Formação,** Brasília, v. 1, n. 1, 2001.
- CAR, M. R.; EGRY, E. Y. Processo de trabalho da enfermagem na atenção ambulatorial ao adulto com hipertensão arterial: representações e contradições. **Rev. Esc. Enf. USP,** v. 29, n. 2, p. 180-92, 1995.
- CASTELLANOS, B. E. P. **O trabalho do enfermeiro – a procura e o encontro de um caminho para o seu estudo:** da abordagem mecânico funcionalista à pesquisa emancipatória. 1987. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.
- CHIANCA, T. C. M.; ANTUNES, M. J. M. A. (Org.). **Classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC.** [S. l.]: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999. (Série Didática: Enfermagem no SUS).
- DUSSAULT, G. Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde. **Educación Médica y Salud,** v. 28, n. 4, p. 478-89, 1994.
- DUSSAULT, G. Human resources Management in health care services. In: INTERCOUNTRY CONSULTING ON HUMAN RESOURCE DEVELOPMENT IN THE HEALTH FIELD. 15 a 18 fev. 1999. Cairo. (Mimeo).
- DUSSAULT, G.; SOUZA, L. E. de. Gestão de recursos humanos em saúde. In: WORKSHOP: MAPEAMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA E INTERVENÇÃO SOBRE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, NO ÂMBITO NACIONAL. Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo.
- FUGULIN, F. M. T. et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da USP. **Rev. Med. HU-USP,** v. 4, n. 1/2, p. 63-8, 1994.
- GAIDZINSKI, R. R. **O dimensionamento do pessoal de enfermagem em instituições hospitalares.** 1998. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. da. **Sistemas de classificação da prática de enfermagem:** um trabalho coletivo. [S. l.]: Associação Brasileira de Enfermagem, 2000. (Série Didática: Enfermagem no SUS).
- LIEDKE, E. R. Trabalho. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Trabalho e**

- tecnologia:** dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; Porto alegre: Ed. Universidade, 1997.
- MELO, C. M. M. de. **Divisão do trabalho e enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1986.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e história - raízes sociais do trabalho médico.** 1979. Dissertação (Mestrado) — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.
- _____. **Práticas de Saúde:** processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos CEFOR, 1. Série textos).
- _____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.
- PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde:** a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.
- PEDUZZI, M.; ANSELMI, M. L. **Relatório Final de Pesquisa – Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde, estado da Bahia – fase 1.** [S. l.]: Ministério da Saúde; Escola de Enfermagem da USP; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2003.
- PEDUZZI, M; ANSELMI, M.L. **Relatório de pesquisa (parcial):** análise do processo de trabalho do auxiliar de enfermagem na equipe de saúde. São Paulo. Ministério da Saúde/Escola de Enfermagem da USP/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2001.
- _____. Os pressupostos, o desenho e os resultados da pesquisa de avaliação do impacto do Profae na qualidade dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **PROFAE:** educação profissional em saúde e cidadania. Janete Lima Castro (Org.). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989.
- ROCHA, S. M. M. **Puericultura e enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1987.
- SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde. **Cadernos Fundap**, n. 19, p. 106-30, 1996.
- SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica.** São Paulo: McGraw-Hill, 1975.
- SILVA, G. B. **Enfermagem profissional:** análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.

Anexo 1

Checklist da Técnica Inalação

Nome da Instituição:

Unidade:

Categoria do Executante:

Nome do Executante:

Nº da Observação:

Nº	PASSOS DA TÉCNICA	RESULTADO	OBSERVAÇÕES
1	Lê a prescrição médica		
2	Explica ao paciente o que será feito		
3	Lava as mãos		
4	Reúne o material		
5	Posiciona o paciente		
6	Coloca a solução prescrita no inalador		
7	Conecta o inalador à extensão do fluxômetro		
8	Abre a válvula no fluxo prescrito		
9	Verifica o funcionamento do inalador		
10	Orienta o paciente para segurar o inalador		
11	Desliga o fluxômetro e retira o inalador		
12	Fornece orientações ao paciente		
13	Lava o inalador e o coloca em solução desinfetante		
14	Lava as mãos		
15	Registra o procedimento		

RESULTADO: 1 Correto (C) 2 Incorreto (I) 3 Não se aplica (N)

Pesquisador de Campo: _____

Data da Coleta: / / .

Anexo 2

Checklist da Técnica Punção Venosa para Aplicação de Medicamentos

Nome da Instituição:

Unidade:

Categoria do Executante:

Nome do Executante:

Nº da Observação:

Nº	PASSOS DA TÉCNICA	RESULTADO	OBSERVAÇÕES
1	Lê a prescrição médica		
2	Explica ao paciente o que será feito		
3	Lava as mãos		
4	Reúne material		
5	Testa a seringa e conecta a agulha		
6	Prepara a medicação		
7	Posiciona o paciente		
8	Identifica o local da punção		
9	Calça as luvas		
10	Coloca o garrote		
11	Faz anti-sepsia da área		
12	Introduz a agulha com o bisel para cima		
13	Verifica se a agulha penetrou na veia		
14	Solta o garrote e inicia a aplicação		
15	Coloca algodão sobre o local e retira a agulha		
16	Observa o local punctionado.		
17	Fornece orientação ao paciente		
18	Recompõe a unidade do paciente		
19	Recolhe o material		
20	Retira as luvas		
21	Lava as mãos		
22	Registra o procedimento		

RESULTADO: 1 Correto (C) 2 Incorreto (I) 3 Não se aplica (N)

Pesquisador de Campo: _____

Data da Coleta: / / .

Anexo 3

Checklist da Técnica Medicação Via Intramuscular

Nome da Instituição:

Unidade:

Categoria do Executante:

Nome do Executante:

Nº da Observação:

Nº	PASSOS DA TÉCNICA	RESULTADO	OBSERVAÇÕES
1	Lê a prescrição médica		
2	Explica ao paciente o que será feito		
3	Lava as mãos		
4	Reúne o material		
5	Separar e limpa o frasco e/ou a ampola		
6	Testa a seringa e conecta a agulha		
7	Faz a diluição, se necessário, e aspira o líquido		
8	Troca a agulha, colocando a específica para Intramuscular		
9	Identifica o local da punção		
10	Faz a anti-sepsia da área		
11	Distende a pele do local de aplicação		
12	Introduz a agulha em ângulo reto		
13	Aspira levemente a seringa		
14	Injecta o líquido lentamente		
15	Coloca algodão sobre o local e retira a agulha		
16	Faz leve compressão no local		
17	Fornece orientações ao paciente		
18	Recolhe o material		
19	Lava as mãos		
20	Registra o procedimento		

RESULTADO: 1 Correto (C) 2 Incorreto (I) 3 Não se aplica (N)

Pesquisador de Campo: _____

Data da Coleta: / / .

Erros na administração de medicamentos nos serviços de saúde¹

Medication administration errors in health services

Maria Luiza Anselmi

Enfermeira, professora associada – Universidade de São Paulo

Marina Peduzzi

Enfermeira, professora doutora – Universidade de São Paulo

Claudia Benedita dos Santos

Estatística, professora doutora – Universidade de São Paulo

Ivan França Júnior

Médico, professor doutor – Universidade de São Paulo

Arnaldo Sala

Médico sanitário, doutor em Medicina Preventiva – Universidade de São Paulo

Resumo: Neste artigo, avaliou-se a taxa média e os tipos de erros que acontecem na administração de medicamentos. Em quatro serviços de saúde hospitalares filantrópicos do Estado da Bahia, acompanhou-se, por meio da observação direta, os profissionais de enfermagem, que desenvolviam a atividade em questão, em dois momentos, o do preparo e o da aplicação. Os resultados mostraram taxas médias elevadas de erros, influenciadas particularmente pela categoria de erro “não lava as mãos”. A análise comparativa evidencia comportamento diferente entre os serviços, com pior desempenho do serviço 3 quando se inclui “não lava as mãos” e, quando se exclui este tipo de erro, o serviço 4 tem desempenho mais comprometido. Taxas de erros na administração de medicamentos têm impacto negativo nos serviços prestados à clientela, assim, entende-se que ao processo de profissionalização devem ser agregados outros investimentos que, articulados no bojo de uma Política Pública, possibilitarão um impacto positivo nas práticas de saúde.

Palavras-chave: Avaliação de Impacto; Avaliação de Processos e Resultados (cuidados de saúde); Avaliação de Programas; Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Abstract: In this study, the average rate and the kind of errors that occur in the administration of medication in health services were evaluated. Through direct observation, the nursing professionals of 4 health services in philanthropic hospitals were observed while developing the activity in question, in two moments: of preparation and of application. The results disclose high average rates of errors, mainly influenced by the error category “does not wash the hands”. The comparative analysis shows different behaviors among those services, where service 3 reports the poorest performance when the category “does not wash the hands” is included. However, when the same category is excluded, service number 4 shows the poorest performance. Error rates in the administration of medications have a negative impact on the quality of the services offered to the public. Therefore, we understand that the professionalization process needs to include additional investments that, integrated within the scope of a Public Policy, will allow for a positive impact on health practices.

Keywords: Impact Evaluation; Outcome and Process Assessment (health care); Program Evaluation; Nursing Care Quality Assessment.

¹ Apresentado no “1º Workshop sobre a pesquisa de impacto do PROFAE”. Ministério da Saúde, Brasília, 9 de agosto de 2002.

Introdução

O Ministério da Saúde vem implementando, concomitante ao Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), a pesquisa “Avaliação do Impacto da Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem na Qualidade dos Serviços de Saúde”. Este artigo apresenta os resultados parciais da fase 1 da referida pesquisa, desenvolvida no Estado da Bahia, especialmente aqueles pertinentes ao estudo do indicador de qualidade da assistência de enfermagem – erros na administração de medicamentos.

A pesquisa em questão, pautada nos estudos do processo de trabalho, pressupõe que a qualificação técnica dos trabalhadores de enfermagem, em contextos adequados de trabalho, configura melhor desempenho profissional destes agentes e, por consequência, assegura determinados padrões quantitativos e qualitativos da assistência à saúde. Quanto ao quadro teórico, além do referencial do trabalho, a investigação está fundamentada também nos estudos de avaliação em saúde e em enfermagem.

Segundo Campbell, Roland e Buetow (2000), a abordagem da qualidade na assistência à saúde envolve alguns questionamentos, entre eles: os usuários podem acessar estruturas e processos assistenciais que necessitam? A assistência recebida é efetiva? Assim, a qualidade dos serviços de saúde contempla duas dimensões: o acesso e a efetividade. Esta se define por referência a dois aspectos chave – a efetividade clínica e a efetividade das interações entre usuários e profissionais. Embora distintos conceitualmente, no concreto do trabalho em saúde, esses aspectos ocorrem de forma intrincada, ou seja, a efetividade clínica que coloca em ato intervenções de natureza predominantemente técnicas (saberes, procedimentos) não é totalmente desprovida de interações (comunicação, escuta). Entende-se que as interações possam influenciar a natureza e o sucesso da intervenção

técnica e da mesma forma, supõe-se que a natureza dos procedimentos técnicos e os resultados positivos obtidos por meio deles incidem também nas interações (Donabedian, 1990).

Tratar da avaliação da qualidade no âmbito da prestação de serviços de saúde e, em particular, da assistência de enfermagem, implica em considerar as interfaces estabelecidas entre os processos de formação e aqueles de produção propriamente ditos. A performance das diferentes categorias de trabalhadores seja na dimensão técnica como na interacional, sustenta-se, de um lado, pelas ações de formação (conhecimentos fundamentados em princípios científicos e éticos, habilidades de comunicação, de acolhimento e de vínculo), de outro, pelas condições institucionais de trabalho (materiais, humanas, financeiras e gerenciais). A qualidade da assistência de enfermagem decorre, dessa forma, da articulação desses aspectos e, nesse sentido, será capaz de assegurar ao usuário ações livres de riscos e potenciais danos.

Na pesquisa, a avaliação do impacto do PROFAE é apreendida na perspectiva das mudanças positivas que a profissionalização dos trabalhadores de enfermagem pode imprimir na qualidade dos serviços de saúde em face de determinadas condições de trabalho. Para responder ao objetivo da investigação, qual seja, avaliar o padrão de qualidade da assistência de enfermagem e sua relação com o grau de qualificação técnica dos agentes, buscou-se selecionar alguns indicadores de avaliação da qualidade pertinente ao trabalho da enfermagem, mais especificamente, a certas intervenções técnicas desenvolvidas pelos trabalhadores de nível médio. Indicadores são representações, quantitativas ou não, acerca de resultados ou eventos de um sistema (Burmester *et al.*, 1993). Provêem informações que permitem monitorar e apontar maneiras pelas quais a

qualidade da assistência pode ser implementada no sentido de torná-la mais segura ao usuário. (Angaran, 1991; Bittar, 2001).

A literatura, em âmbito internacional, tem evidenciado que erros no processo de administração de medicamentos constituem indicador relevante e crítico para avaliação da qualidade da assistência e guardam uma estreita associação com as ações desenvolvidas pela enfermagem nos serviços de saúde (Padilha, 1994; Stanley & Foer, 1996; Fletcher, 1997; Bueno *et al.*, 1998; Reed, Blegen & Goode, 1998, O'Shea, 1999; Selbst; Fein & Osterhoudt, 1999; Barker *et al.*, 2002).

No Brasil, a administração de medicamentos e a infusão venosa são atividades relevantes no processo de trabalho da enfermagem, em particular, dos auxiliares e técnicos de enfermagem em qualquer campo de sua atuação (hospital e ambulatório), embora existam ainda trabalhadores sem qualificação específica (atendentes de enfermagem) realizando estas ações. Existem poucos estudos na enfermagem brasileira acerca destes indicadores, apontando para a carência de parâmetros nacionais para análise da qualidade da assistência de enfermagem.

Este artigo tem como objetivo específico avaliar o padrão de qualidade da assistência de enfermagem no processo de administração de medicamentos e sua relação com a qualificação técnica dos trabalhadores em serviços de saúde no Estado da Bahia.

Aspectos metodológicos

O estudo foi desenvolvido em quatro serviços de saúde do Estado da Bahia que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: possuir contingente de trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal e regular participando do PROFAE, em número superior ou igual a 10, e que realizavam a atividade – administração

de medicamentos; acesso geográfico e técnico-operacional; disponibilidade do serviço em fornecer informações e operacionalizar a pesquisa. Segundo o procedimento de amostragem adotado, os serviços de saúde estudados são representativos dos hospitais privados filantrópicos conveniados com o Sistema Único de Saúde.

A coleta de dados foi realizada por enfermeiros devidamente treinados pela coordenação da pesquisa e cada um deles recebeu um manual de pesquisador, no qual encontravam-se descritos, de forma minuciosa, os procedimentos para coleta das informações.

Considerou-se erro, no processo de administração de medicamentos, qualquer evento previsível que pode causar ou levar ao uso inapropriado do medicamento ou a danos ao paciente, enquanto o medicamento está sob controle dos profissionais de enfermagem durante a atividade de administração de medicamentos. No estudo, essa atividade contemplou dois momentos: o do preparo e o da aplicação de medicações.

A dose preparada e/ou a dose aplicada constituem uma oportunidade para erro e foram tomadas como unidade de análise para erros (Allan; Barker, 1990). Para cada dose, verificam-se apenas duas situações mutuamente exclusivas, ou seja, a dose é preparada e aplicada de forma correta ou incorreta. Em cada dose, porém, podem ocorrer vários tipos de erros (por exemplo: troca de via, troca de paciente, não lavagem das mãos etc.).

Os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal e regular cursando o PROFAE, trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal e regular não realizando o PROFAE, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem, que por ocasião da pesquisa desenvolviam a atividade de administração de medicamentos.

A amostra estratificada aleatória foi composta de no mínimo sete e no máximo 15 trabalhadores por unidade de trabalho e por categoria. Tratando-se de uma amostra por conveniência², o número máximo de 15 trabalhadores a serem observados foi definido em função das condições operacionais da pesquisa.

Para coleta dos dados, utilizou-se um instrumento específico para a fase de preparo e outro para a fase de aplicação de medicação. Nos instrumentos registraram-se o número de doses prescritas, preparadas e aplicadas segundo a via, bem como a identificação, para cada dose, do(s) tipo(s) de erro(s) ocorrido(s). A técnica adotada para levantamento das informações foi a da observação direta do trabalhador no momento de realização da atividade, que segundo Flynn *et al.* (2002), é mais eficiente.

Quanto ao procedimento de coleta de dados, para cada trabalhador ou categoria, registraram-se no mínimo três observações na atividade estudada, desde que neste conjunto de observações fossem preparadas ou/e aplicadas uma quantidade mínima de 10 doses. Nas situações em que as três observações não atingiram o número de doses estabelecidas, o número de observações foi ampliada.

No que se refere aos tipos de erros, estes foram categorizados segundo duas modalidades: erros tradicionalmente referidos na literatura, aqui denominados *erros típicos* de medicação, a saber: “troca de paciente”, “troca de droga”, “omissão de doses”, “via de aplicação errada”, “irregularidade na velocidade de infusões”. Erros relacionados aos passos previstos na técnica, denominados *erros de técnica*, entre eles: “não lavagem das mãos”, “contaminar agulha”; “não trocar agulha”; “não aspirar líquido quando injeta”; “não realizar desinfecção no frasco e ampola”.

Os pesquisadores de campo foram também orientados para que rea-lizassem intervenções junto ao sujeito

observado, à medida que detectassem um erro eminente, a fim de impedir danos ao paciente. O registro de erro deveria ser efetuado embora este não tivesse efetivamente ocorrido.

Para análise de erros na administração de medicamentos foram aplicados dois indicadores, a saber:

Taxa média de erros =

$$\frac{\text{número de doses com erro por via}}{\text{total de doses preparadas aplicadas por via}} \times 100$$

Por meio desse indicador, buscou-se verificar, para um conjunto (total) de doses de medicamentos preparadas e/ou aplicadas segundo a via de administração (oral, intramuscular e endovenosa), quantas doses apresentaram pelo menos um erro (Barker *et al.*, 2002). Neste estudo, a taxa média representa a proporção³, em termos percentuais, de erros observados em cada um dos momentos do processo de administração de medicamentos.

Distribuição dos erros segundo categoria de erro =

$$\frac{\text{nº erros na categoria preparo/aplicação/via}}{\text{total de erros preparo/aplicação/via}} \times 100$$

Esse segundo indicador constitui-se também em uma proporção por meio da qual identificou-se, para total de erros observados tanto no preparo como na aplicação de medicamentos, o percentual correspondente a cada tipo de erro, segundo as categorias definidas no estudo (Barker *et al.*, 2002).

² A amostragem por conveniência ou incidental é do tipo não probabilística; seleciona aquelas pessoas mais prontamente disponíveis e/ou convenientes para compor a amostra de um estudo. Em pesquisas de custo elevado, como é o caso, apresenta a vantagem da economia. (Polit; Hungler, 1995).

³ Proporção é um tipo de razão na qual o numerador está incluído no denominador e expressa-se como percentagem. (Last, 1983).

Para análise dos resultados, utilizou-se a estatística descritiva com distribuições das médias e medianas e a estatística inferencial com aplicação do teste estatístico de Kruskal Wallis, seguido de comparações múltiplas quando necessário, adotando-se nível de significância de 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, atendendo às exigências formais contidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Resultados e discussão

Embora o processo de administração de medicamentos em suas diversas etapas seja multidisciplinar, envolvendo diferentes profissionais (médico, enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem, farmacêutico), o preparo e a administração propriamente dita das medicações constituem ações desenvolvidas, predominantemente, pelo pessoal de enfermagem e envolvem um conjunto de conhecimentos técnico-científicos advindos da farmacologia, fisiologia, bioquímica, entre outros e, de determinadas habilidades relacionadas aos métodos e às técnicas de

administração de medicamentos. O desempenho dessa atividade nos serviços de saúde deve resultar em benefícios à clientela atendida e, deste modo, pressupõe um índice de erros zero ou muito próximo a zero (Cooper, 1995; Bueno *et al*, 1998).

Na Tabela 1, apresenta-se a distribuição dos trabalhadores de enfermagem amostrados nos quatro serviços, segundo a categoria profissional. Foram observados 122 trabalhadores de enfermagem. Desse total, aproximadamente 55% são de trabalhadores sem qualificação técnica formal (PROFAE e não-PROFAE). Verifica-se que para algumas categorias não foi possível amostrar o número inicialmente preconizado (7), como por exemplo, no serviço 2, na categoria trabalhador sem qualificação técnica formal não-PROFAE. Nos serviços 2 e 4, não havia técnicos e auxiliares de enfermagem passíveis de serem amostrados, indicando que nestes locais a atividade de administração de medicamentos vem sendo desenvolvida por trabalhadores sem qualificação técnica formal e regular, embora no serviço 4 (8) e no serviço 2 (7) todos os sujeitos observados estivessem cursando a profissionalização do PROFAE.

Tabela 1

Distribuição dos trabalhadores de enfermagem observados no preparo e na aplicação de medicação segundo número amostrado por categoria profissional e serviço de saúde. Bahia, 2001

Serviço	Preparo e Aplicação								Total Nº	
	Técnico		Auxiliar		PROFAE		não-PROFAE			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1	10	22,7	14	31,8	06	13,6	14	31,8	44	
2	-		-		07	63,6	04	36,3	11	
3	17	28,8	14	23,7	14	23,7	14	23,7	59	
4	-		-		08	100	-		08	
TOTAL	27	22,1	28	23	35	28,7	32	26,2	122 (100%)	

Quando se aplicou a equação referente ao 1º indicador – taxa média de erros segundo a via, em cada uma das fases do processo de administração de medicamento –, verificou-se valores elevados (média e mediana) de erros em todos os serviços, conforme apresentado na Tabela 2.

Na análise segundo serviço de saúde, na fase do preparo de medicação, houve diferença estatisticamente significante na via oral e via endovenosa com pior desempenho no serviço 3. Na via intramuscular não se verificou diferença estatisticamente significante entre os quatro serviços.

Na fase de aplicação de medicamentos, há diferença estatisticamente significante nos três tipos de vias, também com pior desempenho do serviço 3.

Nos quatro serviços, os maiores percentuais de média são observados na via intramuscular, tanto no preparo (variação de 79% a 94%) como na aplicação (variação de 72% a 94%).

No estudo desenvolvido por Barker *et al.*, (2002), a taxa média de erros na medicação foi de 19%. Resguardadas as diferenças existentes entre serviços de saúde, brasileiro e norte-americano, relativas ao contexto (organização do processo de trabalho, qualificação dos agentes, entre outras), os resultados obtidos no estudo evidenciam que em todos os serviços analisados as taxas médias nos dois momentos da administração de medicamentos foram bastante elevadas. No serviço 3, a mediana de 100% significa que praticamente em todas as doses preparadas ou aplicadas ocorreu pelo menos um erro.

Na análise segundo categoria de trabalhador de enfermagem, houve diferença estatisticamente significante apenas entre os trabalhadores sem qualificação técnica PROFAE e não-PROFAE, no serviço 1, na aplicação de via oral. A diferença observada mostra melhor desempenho para os trabalhadores sem qualificação técnica cursando PROFAE.

Tabela 2
Média e mediana da taxa média percentual de erros no preparo e na aplicação de medicação, segundo serviço de saúde estudado e via. Bahia, 2001

Serviço	Preparo						Aplicação					
	VO		EV		IM		VO		EV		IM	
	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana
1	47	48	68	73	79	90	67	69	79	82	81	92
2	42	44	64	68	82	100	44	38	66	69	72	58
3	74	94	81	100	84	100	91	100	91	100	94	100
4	42	39	69	67	94	97	55	47	74	73	88	87

Legenda: VO = via oral; EV = via endovenosa; IM = via intramuscular.

Os resultados referentes ao segundo indicador (distribuição das categorias de erros observadas nas doses erradas), no momento do preparo indicam, de maneira geral, valores médios elevados na categoria “não lava as mãos” nas três vias (oral, endovenosa e intramuscular), nos serviços 1 (variação de 5,5% a 89,3%), 3 (55,9% a 63%) e 4 (19,5% a 59%) – Tabela 3.

No serviço 2, no preparo de via oral, não foram encontrados erros nesta categoria. Ainda neste tipo de via, o serviço 4, apresentou pior desempenho nas categorias “troca de droga” (2,2%) e “dosagem errada” (37,4%); e o serviço 1, desempenho comprometido na categoria “omissão de doses” (20,2%). Para as demais categorias de erros, não houve diferença estatisticamente significante entre os serviços.

No preparo por via endovenosa, o serviço 4 mostra pior desempenho nas categorias “dosagem errada” (4,7%), “diluição ou reconstituição incorreta e inexata” (35,7%). Para as demais categorias de erro, não se verificou diferença estatisticamente significante entre os serviços.

No preparo por via intramuscular, nas categorias “dosagem errada” (0,9%), “diluição ou reconstituição incorreta e inexata” (2,9%), “omissão de doses” (3,5%) e “contaminação da agulha” (29,4%), os resultados

obtidos no serviço 4 apontam pior desempenho deste serviço.

Na análise segundo categoria de trabalhador de enfermagem, no preparo de medicação via oral e via intramuscular, não houve diferença estatisticamente significante entre as categorias de trabalhadores de enfermagem, nas diferentes categorias de erro. Na via endovenosa, na categoria “não faz anti-sepsia no frasco”, no serviço 3, os trabalhadores sem qualificação técnica PROFAE apresentam melhor desempenho.

Tabela 3
Média e mediana da taxa média percentual de erros por categoria de erro no preparo de medicação, segundo serviço de saúde estudado, categoria de erro e via. Bahia, 2001

Categoria de Erro	Serviço											
	1				2				3			
	VO	EV	IM	VO	EV	IM	VO	EV	IM	VO	EV	IM
	\bar{x}	Md										
Troca de paciente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Troca de droga	0,2	0	0,1	0	-	-	-	-	0,1	0	0,6	0
Dosagem errada	7,3	0	1,5	0	2,8	0	-	-	7,2	0	0,7	0
Omissão de doses	20,2	5,5	1,4	1,6	0	3,1	0	-	-	1,4	0	2,3
Via de aplicação errada	0,3	0	-	-	-	-	2,5	0	-	0,2	0	-
Não lava as mãos	89,3	100	5,5	38,5	46,9	43,5	-	53	47	69,3	75	90,2
Diluição ou reconstituição incorreta/inexata	0,7	0	11,9	10	-	-	-	4,3	0	-	-	3,7
Não faz desinfecção no frasco/ampola	-	24,3	19	19	11,5	-	-	23	15	9,6	6,9	-
Não troca agulha	-	14,6	8,5	27,3	10	-	10	7	11,4	0	-	6,3
Contamina agulha	-	-	8,5	2	3,5	0	-	2,8	0	9,7	0	-
Não agita suspensões	1,5	0	1,2	0	0,3	0	-	2,5	0	-	0,5	0

Legenda: \bar{x} = média; Md = mediana.

Para o momento da aplicação de medicação, nas três vias, a categoria “não lava as mãos” é a que apresenta maiores percentuais de ocorrência nos três serviços (Tabela 4).

Os percentuais mais elevados de erros ocorrem na via oral, quando comparada às demais vias, na categoria “não lava as mãos”. Os serviços 1, 2 e 3 apresentam médias acima de 90%, já o serviço 4 exibe melhor desempenho (variação de 16,4% a 50%) com significância estatística. Entretanto, esse mesmo serviço mostra pior desempenho, estatisticamente significante, nas categorias “dosagem errada” (28,6%), “omissão de doses” (1,4%) e “horário de aplicação errado” (21,7%).

Na via endovenosa, na categoria “não lava as mãos”, o pior desempenho é do serviço 3 (79,5%), embora os serviços 1 (67,2%) e 2 (61,9%) também evidenciem comprometimento. Apenas o serviço 4, nessa categoria, apresenta melhor desempenho (24,2%).

Nas categorias “dosagem errada” (4,9%), “irregularidade na velocidade de infusão” (43,2%) e “contaminação da agulha” (8,2%), o serviço 4 é o que exibe pior desempenho, com significância estatística.

O serviço 1 teve pior desempenho na categoria “não faz anti-sepsia no local de aplicação” (7,2%).

O serviço 3 apresentou melhor desempenho que os demais serviços nas categorias “horário de aplicação errado” (0,3%) e “não faz anti-sepsia no local de aplicação” (1,8%).

Na via intramuscular, a categoria “não lava as mãos” apresenta percentuais elevados nos serviços 1, 2 e 3 (médias acima de 70%), porém, sem diferença estatisticamente significante; o serviço 4 mostra desempenho melhor nessa categoria de erro (16,4%). Entretanto, em outras categorias como “dosagem errada” (1,2%), “omissão de doses” (2,6%), “local de aplicação incorreto” (21,7%), “horário de aplicação errado” (10,2%), “não faz anti-sepsia no local de aplicação” (16,2%) e “contamina a agulha” (30,5%) este foi o pior, havendo diferença estatisticamente significante quanto comparado aos demais.

Na análise segundo categoria de trabalhador de enfermagem, na via oral, o serviço 1, na categoria “dosagem errada”, os auxiliares de enfermagem erraram mais que técnicos e trabalhadores sem qualificação técnica PROFAE e não-PROFAE. Na via intramuscular, no serviço 3, para a categoria “irregularidade na velocidade de infusão”, os trabalhadores sem qualificação técnica PROFAE erraram mais que os não-PROFAE.

Tabela 4
Média e mediana da taxa média percentual de erros por categoria de erro na aplicação de medicação, segundo serviço de saúde estudado, categoria de erro e via. Bahia, 2001

Categoria de Erro	Serviço																				
	1				2				3				4								
	VO	EV	IM	VO	EV	IM	VO	EV	IM	VO	EV	IM	VO	EV	IM						
	\bar{x}	Md																			
Troca de paciente	-	-	0,1	0	-	-	-	-	-	-	0,07	0	-	-	-	-					
Troca de droga	-	-	0,09	0	-	-	-	-	-	-	0,1	0	-	-	-	-					
Dosagem errada	3	0	1,1	0	-	-	1	0	-	0,2	0	-	-	-	28,6	31	4,9				
Omissão de doses	0,9	0	0,4	0	-	-	-	-	-	0,2	0	2	0	1,8	0	1,4	1,5				
Via de aplicação errada	-	-	-	-	-	-	2	-	5	0	-	-	-	0,4	0	-	0,2				
Local de aplicação incorreto	-	-	0,4	0	2,2	0	-	-	2,5	0	-	-	0,5	0	4	0	-				
Irregularidade na velocidade infusão	-	-	8,5	4	9,5	0	-	-	9,6	4,5	-	-	8,9	0	10,9	0	-				
Não aspira o líquido	-	-	5	0	1,7	0	-	-	5,1	0	8,3	0	-	2	0	2,6	0	-			
Horário de aplicação errado	6,5	0	9	0	5,1	0	8,6	0	9,2	0	9,7	0	0,3	0	0,05	0	-	21,7			
Não faz anti-sepsia no local de aplicação	-	-	7,2	4	1,2	0	-	3,3	0	2,5	0	-	-	1,8	0	1,6	0	-			
Não lava as mãos	90,5	100	67,2	67	79,6	80	91,4	100	61,9	60	71,9	75	97,2	100	79,5	86	75,2	75	50		
Contamina agulha	-	-	1,4	0	0,7	0	-	3,3	0	-	-	-	-	1,9	0	0,6	0	-	8,2	8	30,5

Legenda: \bar{x} = média; Md = mediana.

Os resultados apresentados até o momento mostram que as elevadas taxas de erros (média e mediana) no preparo e na aplicação de medicamentos são fortemente influenciadas pela categoria de erro “não lava as mãos”, uma vez que esta exibe valores expressivamente superiores às demais categorias. Assim, buscou-se comparar as taxas de erros no preparo e na aplicação de medicação, incluindo e excluindo a referida categoria, conforme apresentado na Tabela 5.

Observa-se que, de maneira geral, em todos os serviços, há redução nos valores de média e mediana quando se exclui a categoria em questão. Tanto na fase de preparo como na de aplicação, foram verificadas diferenças estatisticamente significantes para os quatro serviços estudados nos três tipos de vias, nas duas situações, incluindo e excluindo a lavagem das mãos.

Na análise segundo serviço de saúde, no caso de inclusão da lavagem das mãos, o serviço 3 exibe taxas de erros superiores àquelas apuradas nos demais serviços no que se refere ao preparo de medicação por via endovenosa e via oral (médias de 74% e 81% respectivamente); na via intramuscular, entre os quatro serviços, não houve diferença estatisticamente significante nas taxas.

Quando se exclui a lavagem das mãos, o serviço 4 apresenta pior desempenho no preparo, via intramuscular (93%) e via oral (25%), que os demais serviços. Na via endovenosa, não há diferença estatisticamente significante entre os serviços, porém os valores são elevados em todos os serviços (igual e superior a 40%).

Para a via intramuscular, cabe destacar que mesmo com a exclusão

da referida categoria de erro, as médias mantêm-se elevadas (52% a 93%).

Quanto ao momento da aplicação de medicamentos, na situação em que se inclui a lavagem das mãos, o pior desempenho foi para o serviço 3, nos três tipos de via (médias de 91%, 81% e 94%). Quando se exclui esta categoria de erro, é o serviço 4 que apresenta taxas médias percentuais de erros superiores aos demais (com significância estatística) nos três tipos de via (46%, 73% e 87%), evidenciando um desempenho mais comprometido na atividade.

Com base na análise comparativa entre os serviços, observa-se, por um lado, que o pior desempenho do serviço 3 é acarretado pela categoria “não lava as mãos” e, por outro lado, que o serviço 4 tem desempenho mais comprometido nos demais tipos de erros tais como: “troca de droga”, “dosagem errada”, “diluição ou reconstituição incorreta”, “não troca agulha” e “contamina agulha”.

Considerando a distinção inicialmente apresentada entre erros típicos e erros de técnica, os resultados obtidos para o serviço 4 apontam para uma baixa eficácia dos procedimentos de preparo e aplicação de medicação, particularmente pelo elevado percentual de “troca de droga”, “dosagem errada”, “diluição ou reconstituição incorreta”.

Quanto à não lavagem das mãos, faz-se necessário destacar a ausência de pias nas enfermarias nos quatro serviços estudados. Observa-se a presença de lavabo apenas nos postos de enfermagem que, dada planta física, encontram-se, nos serviços 1 e 3, distantes das enfermarias. Essa inadequação da estrutura física dificulta a execução desse passo da técnica e compromete o resultado do procedimento.

Tabela 5
Média e mediana da taxa média percentual de erros no preparo e na aplicação de medicação, segundo serviço de saúde estudado, inclusão e exclusão da categoria de erro “não lava as mãos” e via. Bahia, 2001

Serviço	Incluindo “mão lava as mãos”												Excluindo “mão lava as mãos”																	
	VO						EV						IM						VO						EV					
	Preparo		Aplicação		Preparo		Aplicação		Preparo		Aplicação		Preparo		Aplicação		Preparo		Aplicação		Preparo		Aplicação		Preparo		Aplicação			
	\bar{x}	Md	\bar{x}	Md	\bar{x}	Md	\bar{x}	Md	\bar{x}	Md	\bar{x}	Md	\bar{x}	Md	\bar{x}	Md	\bar{x}	Md	\bar{x}	Md	\bar{x}	Md	\bar{x}	Md	\bar{x}	Md	\bar{x}	Md		
1	47	48	67	69	68	68	73	79	82	79	90	81	92	20	15	16	11	57	53	38	33	66	71	49	48					
2	42	44	38	64	68	66	69	82	100	72	58	-	-	-	14	7	42	46	46	36	52	50	55	50						
3	74	94	91	100	81	100	91	100	84	100	94	100	18	12	10	6	48	40	36	35	73	75	55	50						
4	42	39	55	47	69	67	74	73	94	97	88	87	25	25	46	37	56	50	73	71	93	97	87	87						

Legenda: \bar{x} = média; Md = mediana.

Considerações finais

As taxas de erros no processo de administração de medicamentos, encontradas no estudo, são elevadas nos três tipos de vias e em todos os quatro serviços pesquisados. Na fase de preparo, a média de erros varia de 42% a 94% e, na aplicação, de 44% a 94%.

Quanto aos tipos de erros identificados durante o processo, constatou-se expressiva influência da categoria “não lava as mãos”, sendo que no preparo, as médias variaram de 5,5% a 90,2% e na aplicação, de 16,4% a 97,2%. Outras categorias de erro também foram observadas, embora em percentuais menores.

A análise comparativa mostra um comportamento diferenciado entre os serviços, com pior desempenho do serviço 3 quando se incluiu a referida categoria (médias variando de 55,9% a 63%) e, quando se excluiu este tipo de erro, o serviço 4 tem desempenho mais comprometido (médias variando de 25% a 93%), principalmente pelos erros típicos que repercutem na eficácia do procedimento.

Quanto à relação entre a qualidade da administração de medicamentos e a categoria profissional, para a taxa média de erros foram verificadas diferenças, em termos estatísticos, apenas na aplicação de medicação via oral, no serviço 1, entre trabalhadores sem qualificação técnica PROFAE e não-PROFAE, com melhor desempenho para os trabalhadores cursando PROFAE.

Na análise por tipos de erros, foram observadas as seguintes diferenças entre as categorias profissionais: a) no preparo de medicação endovenosa, na categoria de erro “não faz anti-sepsia no frasco”, no serviço 3, os trabalhadores sem qualificação técnica PROFAE executaram melhor a atividade; b) na aplicação da via oral, na categoria de erro “dosagem errada”, no serviço 1, os auxiliares de enfermagem erraram mais que técnicos e trabalhadores sem qualificação técnica PROFAE e não-

PROFAE; c) na aplicação da via intramuscular, na categoria de erro “irregularidade na velocidade de infusão”, no serviço 3, os trabalhadores PROFAE erraram mais que os não-PROFAE.

Esses resultados não permitem afirmar uma relação de causa e efeito entre qualificação profissional e desempenho, pois há que se considerar outras variáveis presentes no serviço de saúde como: a estrutura física, quadro de pessoal de enfermagem, organização do trabalho da enfermagem⁴, as quais podem determinar ou favorecer a ocorrência de erros. Entretanto, para a prática de enfermagem, é possível concluir que, mesmo distintas no que se refere à formação técnica, todas as categorias profissionais estudadas (auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, trabalhadores sem qualificação formal e regular cursando e não cursando PROFAE), no exercício efetivo da administração de medicamentos, apresentam desempenho altamente comprometido, com sérias repercuções no padrão de qualidade da assistência de enfermagem, implicando em riscos e possíveis danos aos usuários.

Visto que as elevadas taxas de erros na administração de medicamentos têm impacto negativo nos serviços prestados à clientela e a necessidade de melhoria da qualidade da atenção à saúde, destaca-se que ao processo de profissionalização devem ser agregados outros investimentos por parte dos serviços, entre eles a reorganização do trabalho com a implementação de processos de supervisão e de educação permanente e de estrutura (planta física e quantitativo de recursos humanos adequados), que articulados no bojo de uma Política Pública, possibilitarão um impacto positivo nas práticas de saúde.

⁴ Discussão detalhada acerca desses aspectos pode ser encontrada no artigos: “Características do contexto de trabalho da enfermagem” e “O processo de trabalho do auxiliar de enfermagem”, publicados neste número da revista.

Finalizando, a pesquisa também permite levantar hipóteses acerca dos investimentos a serem feitos em conjunto com a profissionalização, pois mostra a influência tanto de características dos serviços quanto da própria técnica na qualidade do desempenho profissional, para além de sua formação.

A avaliação dos erros de medição, que representa um dos indicadores de qualidade estudados na pesquisa de impacto do PROFAE, será realizada novamente após um ano da execução da pesquisa de campo fase 1, cujos resultados foram apresentados neste artigo. A comparação de ambos os resultados, fase 1 e fase 2, permitirá avaliar o impacto da qualificação técnica dos trabalhadores de enfermagem na qualidade dos serviços de saúde.

BURMESTER, H.; DUARTE, I. G.; PACHECO, M. L. R. **Sistema de monitoração de indicadores de qualidade e produtividade de hospitais**. São Paulo, 1993. p. 1-27. Projeto BRA 93/11.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, v. 51, p. 1611-1625, 2000.

COOPER, M. C. Can a zero defects philosophy be applied to drug errors? **Journal Advanced Nursing**, v. 21, n. 3, p. 487-491, mar. 1995.

DONABEDIAN, A. **La qualità dell'assistenza sanitaria**: principi e metodologie di valutazione. [S. l.]: Nuova Italia Scientifica, 1990.

FLETCHER, C. E. Failure mode and effects analysis: an interdisciplinary way to analyze and reduce medication errors. **The Journal of Nursing Administration**, v. 27, n. 12, dec. 1997.

FLYNN, E. A. et al. Comparison of methods for detecting medication errors in 36 hospitals and skilled-nursing facilities. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 59, n. 5, p. 436-446, mar. 2002.

LAST, J. M. **A Dictionary of Epidemiology**. New York: Oxford University Press, 1983.

O'SHEA, E. Factors contributing to medications errors: a literature review. **The Journal of Clinical Nursing**, v. 8, n. 5, p. 496-504, sep. 1999.

PADILHA, K. G. **Descuidar**: as representações sociais dos enfermeiros de UTI sobre as ocorrências iatrogênicas de enfermagem. 1994. 190 p. Tese (Doutorado). – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

PEDUZZI, M.; ANSELMI, M. L. **Relatório Final de Pesquisa – Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde, Estado da Bahia – fase 1**. [S. l.]: Ministério da Saúde; Escola de Enfermagem da USP; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2003.

Referências bibliográficas

ALLAN, E. L.; BARKER, K. N. Fundamentals of medication error research. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, n. 3, p. 555-571, 1990.

ANGARAN, D. M. Selecting, developing, and evaluating indicators. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 48, n. 9, p. 1931-1937, sep. 1991.

BARKER, K. N. et al. Medication errors observed in 36 health care facilities. **Archives Internal Medicine**, v. 162, n. 16, p. 1897-1903, sep. 2002.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 3, n. 12, p. 21-28, jul./set. 2001.

BUENO, E.; CASSIANI, S. H. B.; MIQUELIN, J. L. Erros na administração de medicamentos: fatores de risco e medidas empregadas. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.11, n. 1, p. 101-119, abr. 1998.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** Tradução Regina Machado Garcez. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REED, L.; BLEGEN, M. A.; GOODE, C. S. Adverse patient occurrences as a measure of nursing care quality. **The Journal of Nursing Administration**, v. 28, n. 5, p. 62-69, may 1998.

SELBST, S. M. et al. Medication errors in a pediatric emergency department. **Pediatric Emergency Care**, v. 15, n. 1, p. 1-4, feb. 1999.

STANLEY, S.; FOER, S. Preserving patient safety and quality nursing care. **Nursing Policy Forum**, v. 2, n. 3, 1996.

Estudo da incidência de úlcera de pressão segundo cuidado de enfermagem¹

Study about the incidence of pressure ulcers according to nursing care

Maria Luiza Anselmi

Enfermeira, professora associada – Universidade de São Paulo

Marina Peduzzi

Enfermeira, professora doutora – Universidade de São Paulo

Ivan França Júnior

Médico, professor doutor – Universidade de São Paulo

Resumo: O artigo apresenta os resultados parciais do estudo da incidência de úlcera de pressão (UP) segundo cuidado de enfermagem. Uma coorte de pacientes, internados em unidades médica-cirúrgicas que exibiam pelo menos um dos fatores para UP (mobilidade física prejudicada, nível de consciência alterada, incontinência fecal e/ou urinária e alteração nutricional), foi acompanhada em serviços de saúde hospitalares na Bahia. Os dados foram coletados por observação direta; entrevistas com pacientes, familiares, equipe de enfermagem; e consulta a prontuários. A incidência global foi de 17,7%; no serviço 1, de 27,5%; no serviço 2, de 21,4%; e no serviço 4, não houve UP. Na associação entre cuidado e UP, avaliada por medidas de risco relativo – análise univariada –, verificou-se que não foram estatisticamente significantes: 1) as mudanças diárias de decúbito; 2) hidratação líquida diária; 3) incontinências; 4) creme hidratante; 5) colchão especial. Dietas ministradas conforme prescrição constituíram-se em medidas protetoras aos pacientes (risco relativo (RR): 8,9; intervalo de confiança (IC) 95%: 1,34 – 378,8).

Palavras-chave: Úlcera de Pressão; Incidência; Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Abstract: The partial results of the study about the incidence of Ulcer of Pressure (UP) in nursing care are presented herein. The study followed up on a group of patients hospitalized in medical-surgical units in the State of Bahia. Those patients presented at least one of the factors for the appearance of UP (poor physical mobility, altered level of consciousness, difficulty to control urinary and fecal functions and nutritional changes). Data were collected through direct observation, interview with the patients/family members/nursing staff, as well as through consultation to patients' records. The global incidence was 17.7%; in service 1 it was 27.5%; in service 2 it was 21.4%, and in service 4 there was no incidence of UP. In the association between nursing care, assessed through relative risk measures – one-variable analysis – one could observed that the following was not significant for statistics purposes: 1) daily changes in decubitus; 2) daily liquid hydration; 3) Uncontrolled body functions; 4) softening creams, and 5) use of special mattress. Diets administered pursuant to the prescription proved to be protective for the patients (Relative Risk (RR): 8.9; Reliable Interval 95%: 1.34 – 378.8).

Keywords: Pressure Ulcers; Incidence; Nursing Care Quality Assessment.

¹ Apresentado no “1º Workshop sobre a pesquisa de impacto do PROFAE”. Ministério da Saúde, Brasília, 9 de agosto de 2002.

Introdução

O artigo constitui parte da pesquisa de “Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde”, desenvolvida com financiamento do Ministério da Saúde, e focaliza o estudo da incidência de úlcera de pressão, segundo cuidado de enfermagem.

A ocorrência de lesões que comprometem a integridade cutânea em pacientes hospitalizados traz sérias implicações à qualidade de vida desta clientela. Devido às seqüelas provocadas, ocorre um aumento do tempo de permanência no hospital, cinco vezes superior à média, uma elevação no consumo de recursos (custos), uma vez que esses pacientes passam a demandar outras ações tecnoassistenciais não previstas anteriormente e necessárias à sua reabilitação (Langemo *et al.*, 2002; Reed *et al.*, 1998).

Em 1990, aproximadamente 2,1 milhões de úlceras de pressão foram registradas nos EUA, com um custo associado superior a 1,3 bilhão de dólares (Kane; Krasner, 1997).

Em 1996, a American Nurses Association (ANA) desenvolveu e propôs um conjunto de indicadores sensíveis e específicos para avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem com base na proposta teórica de Donabedian, que contempla aspectos de estrutura, processos e resultados. Um dos indicadores de processo adotados refere-se à manutenção da integridade da pele, principalmente em pacientes internados com mobilidade física prejudicada e outros fatores de risco (Jennings *et al.*, 2001).

Também no Brasil, estudos assinalam que o cuidado com a pele representa um dos aspectos relevantes da assistência de enfermagem e tem sido adotado como um indicador clínico de qualidade (Fernandes, 2000; Meraviglia, *et al.* 2002).

No cotidiano do trabalho de enfermagem, as lesões denominadas úlceras de pressão (UP), são apontadas como aspectos críticos e bastante freqüentes na prática profissional, sendo tomadas como marcador para

mensurar a qualidade do cuidado (Dealey, 1994).

A úlcera de pressão pode ser definida como “*uma área localizada de necrose celular que tende a desenvolver-se quando os tecidos moles são comprimidos entre uma proeminência óssea e uma superfície firme por um período prolongado de tempo*” (Langemo *et al.*, 1991). Condições do paciente, do ambiente e dos processos assistenciais desenvolvidos contribuem para o aparecimento de UP.

O desenvolvimento de UP decorre da interação de múltiplos determinantes críticos. Um dos fatores extrínsecos mais importantes, apontado pelos autores, é a intensidade e duração da pressão sobre os tecidos e a tolerância da pele e de estruturas adjacentes para suportá-la, que pode ser ocasionada pela diminuição da mobilidade, atividade e percepção sensorial do paciente (Bergstrom *et al.*, 1987). Outros fatores também contribuem para o evento como: exposição da pele à umidade excessiva, fricção e cisalhamento. Entre os fatores intrínsecos, tem-se a idade avançada, uma vez que, em pessoas idosas, diversas mudanças ocorrem na pele e em suas estruturas de suporte. “*A perda da espessura da pele, diminuição da percepção sensorial, aumento da fragilidade vascular, perda da elasticidade dos tecidos e a redução da coesão dentre (sic) a epiderme e a derme podem prejudicar a capacidade do tecido mole em distribuir a carga mecânica adequadamente*” (Petrolino, 2002) e, deste modo, aumentam a probabilidade de aparecimento de UP. Estados nutricionais alterados, em especial, com deficiências protéicas; e ainda, insuficiência arterial e/ou venosa, *Diabetes mellitus* e infecções também são aspectos que favorecem a incidência de úlceras de pressão (Frisoli Jr *et al.*, 1995).

Estudos de prevalência e incidência de UP provêm informações valiosas acerca da freqüência e do impacto dessa problemática na qualidade dos serviços de saúde, e permitem

monitorá-la de forma contínua, além de oferecerem subsídios a programas de prevenção.

A literatura internacional evidencia que a prevalência de úlcera de pressão em pacientes internados em hospitais e asilos varia de 5% a 32% (Allcock *et al.*, 1994; Hanson *et al.*, 1996). Quanto à incidência, Maklebust (1987), citando alguns estudos refere que de 3% a 10% dos pacientes hospitalizados desenvolvem úlcera de pressão durante o período de internação; Richardson (1990) verificou taxas de 5% a 10% em unidades de pacientes agudos e idosos. Pacientes internados no hospital com fratura de fêmur apresentaram incidência de UP de 66% e pacientes críticos, de 33% (Kane; Krasner, 1997).

No Brasil, estudos acerca dessa problemática são escassos. Caliri *et al.* (1997), ao estudarem a prevalência de úlcera de pressão em pacientes internados em um hospital de ensino, encontraram taxa de 28%; no estudo de incidência de Rogenski (2002), a taxa encontrada foi de 39,8% e no de Petrolino (2002), desenvolvido com pacientes de unidade de terapia intensiva (UTI), de 10,62%.

Embora o desenvolvimento de UP resulte de um conjunto complexo e multidisciplinar de interações e de uma multiplicidade de fatores “*as medidas de prevenção (...) são as melhores ferramentas para o enfrentamento do problema*” (Petrolino, 2002). Nesse sentido, há que se destacar o papel relevante desempenhado pela enfermagem, cujas ações podem contribuir de forma expressiva na prevenção de UP, entre elas: o cuidado adequado para manutenção da integridade da pele, a utilização de creme hidratante, o uso de técnicas apropriadas de higiene, mobilização e posicionamento do paciente, a indicação do tipo de colchão, o monitoramento da ingestão hídrica e dietética, dentre outras.

Identificar pacientes de risco para UP, com base em instrumentos de avaliação e desenvolver estudos de incidência e prevalência, permite reconhecer a dimensão do problema

nos serviços de saúde e constituem o primeiro passo para o delineamento de propostas de prevenção. Este artigo tem como objetivo específico avaliar o padrão de qualidade da assistência de enfermagem com base no estudo da incidência de úlcera de pressão, segundo cuidado de enfermagem em serviços de saúde no Estado da Bahia.

Aspectos metodológicos

Trata-se de um estudo de coorte² de pacientes internados em unidades de clínica médica e cirúrgica do momento da admissão até o aparecimento da úlcera ou após 30 dias a contar da data de inclusão na pesquisa.

Foi desenvolvido em quatro serviços de saúde hospitalares (1, 2, 3 e 4) do Estado da Bahia que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: possuir contingente de trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal e regular participando do PROFAE, em número superior ou igual a 10; acesso geográfico e técnico-operacional; disponibilidade do serviço em fornecer informações e operacionalizar a pesquisa. Segundo o procedimento de amostragem adotado, os serviços de saúde estudados são representativos dos hospitais privados filantrópicos conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS).

O serviço 1, localizado em um município com mais de 250.000 habitantes, em 2001, contava com 163 leitos ativos, uma taxa de ocupação de 72,8% e um total de 153 trabalhadores de enfermagem (53 sem qualificação técnica formal, 72 auxiliares de enfermagem, 18 técnicos de enfermagem e 10 enfermeiros).

² Tipo de estudo epidemiológico no qual um grupo de pessoas com características comuns é identificado, e a informação pertinente sobre a exposição de interesse é coletada, de modo que o grupo possa ser seguido, no tempo, com a finalidade de determinar quais indivíduos desenvolvem o evento (Pereira, 2002).

O serviço 2, situado em um município com pouco mais de 20.000 habitantes, dispunha de 73 leitos ativos, taxa de ocupação de 29,9% e um total de 25 trabalhadores de enfermagem (24 sem qualificação técnica formal e 1 enfermeiro).

O serviço 3, localizado em um município com mais de 70.000 habitantes, contava com 220 leitos ativos, taxa de ocupação de 67,8% e um total de 172 trabalhadores de enfermagem (94 sem qualificação técnica formal, 26 auxiliares de enfermagem, 47 técnicos de enfermagem e 5 enfermeiros). Finalmente, o serviço 4, localizado em um município com pouco mais de 35.000 habitantes, contava com 87 leitos ativos, taxa de ocupação de 45% e um total de 30 trabalhadores de enfermagem (25 sem qualificação técnica formal, 2 auxiliares de enfermagem, 2 técnicos de enfermagem e 1 enfermeiro).

A clientela atendida nesses serviços apresenta um perfil de complexidade assistencial em relação à enfermagem, predominantemente do tipo cuidado mínimo e cuidado intermediário, evidenciando que se trata de serviços com baixa densidade tecnológica. A análise de dimensionamento de pessoal de enfermagem desenvolvida nessa pesquisa encontrou que os serviços 1, 2, 3 e 4 apresentam, respectivamente, 25%, 20%, 14% e 12,5% da proporção de enfermeiros que deveriam possuir; e também, respectivamente, 23%, 0%, 40% e 10% da proporção de auxiliares e técnicos de enfermagem esperados.

Portanto, o quadro de pessoal de enfermagem nos quatro serviços apresenta-se inadequado e insuficiente, tanto quantitativa como qualitativamente, uma vez que, no serviço 2, existem apenas trabalhadores sem qualificação técnica formal e regular desenvolvendo ações de enfermagem.

Além do dimensionamento de pessoal, foram identificadas outras variáveis que permitem caracterizar

o contexto de trabalho nos serviços estudados, dentre elas, a supervisão em enfermagem e a educação continuada. Com relação à primeira, apenas o serviço 1 apresenta uma proposta estruturada e uma prática efetiva de supervisão em enfermagem, embora exista um déficit de enfermeiros para desenvolver essa atividade. Quanto à educação continuada, em nenhum dos serviços foi identificada uma proposta estruturada e uma prática efetiva nesse sentido. Entretanto, o serviço 1 mostrou melhores condições que os demais estabelecimentos de saúde pesquisados, considerando que existem dois profissionais formalmente responsáveis e a referência à necessidade de estruturar adequadamente as atividades de educação continuada em um futuro próximo³.

A população sob estudo foi constituída por pacientes sem UP internados em unidades de internação médicas e cirúrgicas que apresentavam, pelo menos, um dos fatores para o desenvolvimento de úlcera de pressão.

Quanto à amostra, os pacientes foram selecionados no primeiro dia de internação, no período de 1º de outubro a 1º de novembro de 2001, e seguidos até o aparecimento de UP ou até 30 dias após a data de admissão para aqueles que não desenvolvessem a lesão. Utilizou-se, como critérios de inclusão, a ausência de UP no momento da internação e a presença de um dos seguintes fatores de risco para úlcera – mobilidade física prejudicada, nível de consciência alterada, incontinência fecal e/ou urinária e alteração do estado nutricional medido pelo índice de massa corporal.

³ Peduzzi, M.; Anselmi, M. L. Relatório Final de Pesquisa – Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde, Estado da Bahia – fase 1. Ministério da Saúde/Escola de Enfermagem da USP/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2003.

Em relação aos instrumentos para coleta de dados, foram elaborados formulários específicos e distintos para registro das informações. Acompanhava cada um dos formulários uma descrição objetiva, precisa e minuciosa acerca dos campos a serem preenchidos, bem como do procedimento de coleta de dados.

No primeiro instrumento, preenchido no momento da internação, com a finalidade de compor a amostra de pacientes a serem seguidos, registrou-se: nome do paciente, idade, diagnóstico principal, data da internação, tipo de fator de risco para UP apresentado pelo paciente. No segundo formulário, aplicado aos pacientes incluídos na amostra, foram anotadas as informações: nome do paciente, data de aparecimento da úlcera, data da alta, data de óbito, data de transferência da unidade. Um terceiro instrumento foi construído com vistas à avaliação diária dos pacientes amostrados acerca de algumas categorias do cuidado de enfermagem relacionadas à proteção quanto ao aparecimento de UP, a saber: mudança de decúbito, hidratação, ministração de dieta, presença de colchão – de ar, de água, caixa de ovo –; troca quando o paciente estivesse molhado e/ou evacuado. Tais informações foram obtidas pelo pesquisador de campo por meio da observação direta, consulta a prontuário, entrevistas com paciente, familiar ou equipe.

Durante 30 dias, o pesquisador de campo, com base nos critérios de inclusão, levantou e avaliou os pacientes internados no estabelecimento de saúde estudado nas 24 horas do dia anterior, identificando, aqueles que iriam compor a amostra. A partir da data em que o paciente foi incluído no estudo, recebeu a visita diária do pesquisador de campo (sempre no mesmo horário), para avaliação e registro dos cuidados de enfermagem selecionados, bem como do aparecimento de UP.

A coleta de dados encerrou-se por ocasião do aparecimento da úlcera ou da alta, do óbito, da transferência do

paciente para outro serviço de saúde ou outra unidade de internação, ou ainda na data de encerramento do estudo. O tempo máximo estabelecido para coleta de dados foi de 50 dias.

Para a execução da coleta de dados, foi constituída uma equipe de pesquisa para cada serviço estudado, composta por enfermeiros com experiência profissional, aqui denominados de pesquisadores de campo, e um supervisor de campo. Cada equipe recebeu treinamento teórico-prático com material audiovisual para padronização quanto ao preenchimento dos formulários.

O supervisor de campo acompanhou diariamente a coleta dos dados, articulando-se com a coordenação geral da pesquisa para resolução das dúvidas e problemas encontrados.

Para o controle de qualidade do material empírico, procedeu-se ao monitoramento da coleta de dados por meio da revisão dos formulários preenchidos. Em um primeiro momento, a revisão foi efetuada pelo supervisor e, posteriormente, por um componente da equipe central de pesquisa, contemplando aspectos relativos ao preenchimento de todos os campos dos formulários e da consistência das informações. Os formulários que apresentaram erros foram devolvidos para correção e complementação ou para nova aplicação.

Para orientar o processo de coleta de dados foram adotadas definições operacionais como definição de caso e definição de cuidado de enfermagem, conforme descrito a seguir.

Definição de caso: a úlcera de pressão, definida anteriormente, é uma lesão causada por uma pressão não aliviada que resulta em danos nos tecidos. Geralmente, ocorre em regiões de proeminências ósseas e, conforme proposta da National Pressure Ulcer Advisory Panel (1998), podem ser classificadas (em estágios) segundo o grau de danos observados nos tecidos:

- Estágio I – presença de eritema da pele intacta que não embranquece após a remoção da pressão;

- Estágio II – perda parcial da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas. A úlcera é superficial e apresenta-se como uma abrasão, uma bolha ou uma cratera rasa;
- Estágio III – perda da pele na sua espessura total, envolvendo danos ou uma necrose do tecido subcutâneo que pode se aprofundar, não chegando até a fáscia. A úlcera se apresenta clinicamente como uma cratera profunda;
- Estágio IV – é uma perda da pele na sua total espessura com uma extensa destruição, necrose do tecido ou danos nos músculos, ossos ou estruturas de suporte como tendão ou cápsulas das juntas.

Esse indicador foi estudado em três serviços de saúde hospitalares (serviço 1, 3 e 4), mais especificamente, nas unidades de clínica médica e cirúrgica. No serviço 2, durante o período de estudo, foram internados apenas dois pacientes que atendiam aos critérios propostos, assim não foi possível compor a amostra nesse estabelecimento de saúde.

Definição de cuidado de enfermagem: foram também investigadas ações relativas ao cuidado de enfermagem que poderiam desempenhar um papel preventivo no aparecimento de UP, conforme exposto no Quadro 1.

Quadro 1

Categorias de cuidado de enfermagem destinadas a proteger os pacientes quanto ao aparecimento de úlcera de pressão

**CATEGORIA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
(nas 24 horas)**

- Paciente encontrado no leito em posição dorsal
- Paciente encontrado no leito em posição lateral esquerda
- Paciente encontrado no leito em posição lateral direita
- Paciente foi encontrado sentado na cadeira
- Mudança de decúbito 2 em 2 horas
- Mudança de decúbito 4 em 4 horas
- Trocado sempre que molhado e/ou evacuado
- Hidratação de 1.500 a 2.000 ml/dia
- Dieta prescrita ministrada
- Utilização diária de hidratante na pele
- Colchão de água
- Colchão de ar
- Colchão caixa de ovo

A posição (decúbito matinal) na qual o paciente era encontrado no leito no momento da avaliação diária (pela manhã) foi considerada uma das variáveis do cuidado de enfermagem. Levando-se em conta que a visita diária ocorria sempre no mesmo horário, o fato de encontrar o paciente sempre na mesma posição no leito poderia indicar a ausência do cuidado – mudança de decúbito –, a qual contribui para o aparecimento de UP.

Com base nas quatro primeiras variáveis, construiu-se um indicador sintético que expressa um escore com a soma das mudanças diárias de posição de cada paciente durante a permanência no estudo. Esse escore foi calculado de forma que o paciente recebesse um ponto a cada dia em que fosse encontrado em posição diferente à observada no dia anterior, identificando que houvera mudança de decúbito. Dividiu-se a soma de pontos pelo

número de dias livre de úlcera, criando-se uma proporção para 78 pacientes, pois houve exclusão de um sujeito.

As variáveis, “mudança de decúbito de duas em duas horas” e “de quatro em quatro horas”, também se referem à movimentação e reposicionamento do paciente no leito. A variável, “trocado sempre que molhado e/ou evacuado” possibilita avaliar o grau de umidade à qual a pele esteve exposta. A manutenção da pele seca constitui fator preventivo ao aparecimento de UP. As demais variáveis: “hidratação de 1.500 a 2.000 ml/dia”, “dieta prescrita ministrada”, “a utilização diária de hidratante na pele” também são consideradas cuidados de enfermagem fundamentais na prevenção de UP.

O tipo de colchão utilizado pelo paciente também constituiu variável de estudo. Pacientes com dificuldade de movimentação no leito requerem colchões que atenuem a intensidade do nível de pressão sobre a pele, de modo a contribuir na redução de desenvolvimento de UP.

Em relação aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitou-se a aquesceência dos sujeitos (pacientes e familiares) para desenvolver a observação e autorização para divulgação dos resultados do estudo.

Para análise estatística dos dados, foram utilizados testes estatísticos para as medidas de tendência central (*t* de Student e Mann-Whitney) e diferenças entre proporções (Kruskall-Wallis). Em todas as análises, foi usado $\alpha = 5\%$.

Tabela 1
Distribuição dos pacientes amostrados e observados quanto ao aparecimento de úlcera de pressão, segundo serviço de saúde. Bahia, 2001

Serviço	Nº	%
1	40	50,6
3	14	17,7
4	25	31,6
Total	79	100

A incidência de pacientes com UP é calculada como uma proporção, isto é, o número de indivíduos, inicialmente livres da doença, que vêm a desenvolvê-la durante o período de seguimento, dividido pelo número de pessoas em risco, sendo verificada por meio da seguinte equação:

$$I_{up} = \frac{\text{número casos novos no período}}{\text{número pacientes em risco UP}} \cdot 100$$

Na análise univariada das variáveis relativas ao cuidado de enfermagem, calculou-se o risco relativo e seu respectivo intervalo de confiança, conforme metodologia preconizada pela Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) (Organizacion Panamericana de la Salud, 1986). Para as análises, foram utilizados os programas estatísticos computacionais Statistical Package for the Social Sciences – version 10.0 (SPSS 10.0) – e Statistical Software for Professionals (Stata 6.0).

Resultados e discussão

Dos pacientes incluídos na amostra, não houve recusas quanto à participação no estudo, entretanto, um paciente foi considerado como perda quando da aplicação do instrumento relativo aos cuidados de enfermagem.

Características da amostra

O tempo de observação preconizado foi de 50 dias, no entanto, o período de maior seguimento foi de 22 dias, com um tempo médio de 5,3 dias por paciente (mediana de quatro dias).

Atenderam aos critérios de inclusão no momento da internação: 40 pacientes no serviço 1; 14, no serviço 3 e 25 pacientes no serviço 4, totalizando 79 pacientes conforme apresentado na Tabela 1.

Os pacientes seguidos tinham idade mediana de 70, 79 e 67 anos, nos serviços 1, 3 e 4, respectivamente.

A população do serviço 4 era mais jovem, estatisticamente significante, do que a do serviço 3 (Teste *U* de Mann-Whitney; $p = 0,03$). Já a população do serviço 1 foi similar às populações dos serviços 3 e 4.

O tempo médio global de internação foi de 5,8 dias, sendo que no serviço 3 este tempo foi de 8,6 dias, enquanto no serviço 4, foi de 4,8 dias e no serviço 1, de 5,3 dias (*t* de Student; $p = 0,0021$).

No que se refere ao diagnóstico principal para o conjunto da amostra, os mais comuns foram: 1) acidente vascular cerebral (38%); 2) insuficiência cardíaca congestiva (10,1%); 3) acidente

(6,3%) e; 4) lesão em membros inferiores (5,1%). As demais condições (40,5% do total) dividiram-se em 22 diagnósticos adicionais, todos com proporção menor do que 5%.

No que tange aos critérios de inclusão (Tabela 2), observa-se que, conforme preconizado, todos os pacientes incluídos satisfaziam pelo menos um destes. Dos 79 pacientes, 15 (19%) apresentaram 1 critério; 25 (31,6%) tinham 2 critérios; 30 (38%) portavam 3 critérios e os 9 restantes (11,4%) exibiam todos os 4 critérios. O fator de risco mais comumente encontrado foi a mobilidade física prejudicada (89,9%), seguido de incontinência fecal e/ou urinária (58,2%), alteração do estado nutricional (52,6%) e, por último, o critério de nível de consciência alterado (43%).

Tabela 2

Distribuição dos pacientes observados segundo número de critérios de inclusão e serviço de saúde. Bahia, 2001

Número de Critérios	Serviço 1 N (%)	Serviço 3 N (%)	Serviço 4 N (%)	Total N (%)
1	4 (10)	0 (0)	11 (44)	15 (19)
2	15 (37,5)	3 (21,4)	7 (28)	25 (31,6)
3	14 (35)	9 (64,3)	7 (28)	30 (38)
4	7 (17,5)	2 (14,3)	0 (0)	9 (11,4)
Total	40 (100)	14 (100)	25 (100)	79 (100)

(χ^2 Kruskal-Wallis = 13.354 $p = 0,0013$).

Os pacientes diferiram, significativamente, quanto à presença de critérios segundo serviço estudado (χ^2 Kruskal-Wallis = 13.354 $p = 0,0013$), sendo que os serviços 1 e 3 tinham um perfil de risco mais acentuado. Quando se examinou a distribuição das situações de risco para úlcera de pressão entre os serviços, foram encontradas importantes disparidades.

No que diz respeito à mobilidade física prejudicada, apresentavam esta

condição todos os pacientes arrolados nos serviços 1 e 3. No serviço 4, 8 pacientes (32%) não tinham prejuízos na movimentação. O critério de inclusão “nível de consciência alterada” apresentou freqüências de 50%, 64,3% e 20% nos serviços 1, 3 e 4, respectivamente. A incontinência fecal e/ou urinária teve distribuição similar nos serviços 1 e 3 (70% e 78,6%). Mais uma vez, o serviço 4 apresentou proporção inferior para esse critério, com 28% dos casos. O

critério relativo à alteração no estado nutricional, verificado por meio do índice de massa corpórea, foi considerado inadequado no serviço 1 em 40% dos pacientes, em 50%, no município 3, taxas estas bastante similares. Já o serviço 4 apresentou proporção mais elevada (77,3%) de pacientes com esse fator de risco.

Durante o seguimento do estudo, 13 pacientes faleceram, assim a taxa média global de mortalidade hospitalar para os três serviços foi de 16,4% (intervalo de confiança – IC 95% 8,1 – 24,8%). As taxas verificadas em cada um dos serviços são estatisticamente equivalentes, sendo no serviço 1 de 20% (IC 95% 7,0 – 33,0%); no serviço 3, 14,3% (IC 95% 6,6 – 35,2%) e no serviço 4 de 12% (IC 95% 0 – 25,7%).

O tempo médio decorrido da data da internação até o momento do óbito foi de 4,4 dias (IC 95% 1,8 – 7,0). Entre os serviços não há diferenças importantes nesse tempo.

Estudo da incidência de úlcera de pressão segundo cuidado de enfermagem

Do total de pacientes incluídos na amostra (79), 14 desenvolveram úlcera de pressão durante o período do estudo, sendo 11 casos no serviço 1, três no serviço 3 e nenhum no serviço 4.

A incidência global foi de 17,7% (IC 95% 9,1 – 26,3%), ou cerca de 18 casos a cada 100 pacientes observados. Nos serviços 1 e 3, a incidência foi de 27,5% (IC 95% 13 – 42%) e 21,43% (IC 95% 0 – 46%), respectivamente.

Bergstrom *et al.* (1996), em estudos multicêntricos realizados nos EUA, obtiveram taxas de incidência de UP de 8,5% em hospitais universitários de nível terciário, 7,4% em centros médicos de veteranos de guerra e 23,9% em casas de repouso.

Richardson (1990) verificou taxas de 5% a 10% em unidades de pacientes agudos e idosos; Davis e Caseby (2001), em estudo realizado em dois serviços de saúde de longa permanência, encontraram taxas de incidência de 11,7% e 11,6%,

respectivamente. Xakellis *et al.* (1998) acompanharam 69 pacientes durante seis meses e verificaram incidência de UP de 23%; em seguida, por mais seis meses, em 63 desses pacientes foram desenvolvidas, com base em protocolos clínicos, medidas preventivas para UP, entre elas, sistemas de mudanças periódicas de decúbito, a incidência encontrada após a implementação de tais medidas foi de 5%.

No Brasil, estudo recente desenvolvido em um hospital de ensino aponta taxas de incidência de 42,64% em unidades de clínica médica e de 39,47% em clínicas cirúrgicas (Rogenski, 2002). Outro estudo, também realizado nesse período, em unidade de terapia intensiva obteve incidência de 10,62% (Petrolino, 2002).

A diversidade de resultados obtidos nos estudos de incidência pode ser explicada em parte pelos procedimentos metodológicos adotados, alguns incluem a UP de grau I, outros, consideram UP apenas a partir do grau II; pelo contexto de trabalho no qual foram realizados, e ainda, pela própria prática assistencial. Tais aspectos dificultam comparações diretas com as taxas encontradas no presente estudo, porém é possível considerá-las elevadas, cuja análise merece ser aprofundada, especialmente levando-se em conta as características dos serviços estudados, dentre elas, o quadro de pessoal de enfermagem deficitário, a ausência de supervisão estruturada e de programas de educação continuada, os quais podem estar comprometendo o padrão de qualidade da assistência de enfermagem.

Dentre os pacientes que desenvolveram úlceras, o tempo médio global para o aparecimento foi de 4,7 dias (mediana= 4 dias) após a internação. No serviço 1, o tempo médio foi de 3,8 dias (mediana= 3 dias), enquanto que no serviço 3 foi de 8 dias (mediana= 8 dias).

No estudo de Goodridge *et al.* (1998), 50% dos pacientes incluídos na investigação apresentaram UP na primeira semana de hospitalização; também Fife *et al.* (2001) verificaram que pacientes internados em unidade

de terapia intensiva neurológica desenvolveram UP na primeira semana de internação (6,4 dias). Tais resultados corroboram aqueles encontrados na pesquisa.

Não houve diferenças estatisticamente significantes na distribuição das posições dos pacientes no leito pela manhã (mudanças de decúbito matinal), segundo o serviço estudado. No plano descritivo, observa-se que em 42% (IC 95% 17,5 – 27,7%) dos pacientes, nos serviços estudados, não se percebeu a mudança de decúbito matinal. Desse modo, é possível concluir que esse cuidado não vem sendo oferecido adequadamente.

Bours *et al.* (2001) verificaram, em unidades de terapia intensiva, que pacientes com alto risco para UP que necessitavam de mudança de decúbito, apenas 36,8% deles receberam esse cuidado. Saito *et al.* (1999) observaram que para os estabelecimentos de saúde com maior número de prescrições para mudança de posição do paciente no leito e nos quais eram aplicados padrões de avaliação do cuidado, a ausência de UP era maior (estatisticamente significante) que nos estabelecimentos em que esses aspectos não ocorriam.

A estimativa pontual do risco relativo (RR) sugere a possibilidade de proteção dos pacientes, nos serviços 1 e 3, que tiveram pelo menos 25% (RR: 0,48, IC 95% 0,13

– 1,6) ou 30% (RR: 0,51, IC 95% 0,12 – 1,8) de mudanças diárias de posição. Contudo, esses valores não podem ser considerados estatisticamente significantes, pois o intervalo de confiança inclui o valor de 1, tornando a medida pouco precisa, o que possivelmente pode ser explicado pelo pequeno tamanho das amostras.

A análise dos serviços, isoladamente, apresenta os mesmos problemas de imprecisão, pois apresenta amostras ainda menores.

As informações relativas às variáveis mudanças de decúbito, em intervalos de duas em duas horas ou de quatro em quatro horas, foram registradas com base em relato de acompanhantes, do próprio paciente e da consulta a registros em prontuários.

Na Tabela 3, expõe-se a distribuição dos valores percentuais da mudança de decúbito de duas em duas horas. Em 78,4% dos pacientes dos três serviços, não foi observada qualquer mudança de decúbito nesse intervalo de tempo. Nos serviços 1 e 3, apenas 8,6% e 7,1% dos pacientes tiveram seu decúbito alterado, respectivamente de duas em duas horas entre 75% e 100% dos dias de acompanhamento. As medianas foram 0% nos dois serviços, não havendo diferenças quanto a este tipo de cuidado. Significa que 71,4% dos pacientes do serviço 1 e 57,1% do serviço 3 não receberam o referido cuidado durante o tempo em que foram acompanhados.

Tabela 3
Distribuição dos pacientes observados segundo percentual de mudanças diárias de decúbito de 2 em 2 horas nos serviços 1 e 3. Bahia, 2001

Mudanças de Decúbito 2/2 horas (percentual)	Serviços			
	1		3	
	Nº	%	Nº	%
0	25	71,4	8	57,1
1 —50	5	14,3	5	28,6
50 —75	2	5,7	1	7,1
75 —100	3	8,6	1	7,1

Na Tabela 4, tem-se a distribuição dos valores percentuais da mudança de decúbito de quatro em quatro horas.

Em 81,1% dos pacientes dos três serviços, não se observou qualquer mudança periódica de decúbito nesse intervalo de tempo. Novamente, as medianas de mudança periódica de decúbito (de quatro em quatro horas)

dos serviços 1 e 3 foram 0%. Apenas 11,4% (serviço 1) e 7,1% (serviço 3) dos pacientes tiveram seu decúbito alterado de quatro em quatro horas entre 75% e 100% dos dias de observação. Os resultados indicam que os pacientes não têm recebido esse cuidado, de forma periódica e sistemática, seja em intervalos de duas em duas horas como de quatro em quatro horas.

Tabela 4
Distribuição dos pacientes observados, segundo percentual de mudanças diárias de decúbito de 4 em 4 horas nos serviços 1 e 3. Bahia, 2001

Mudanças de Decúbito 2/2 horas (percentual)	Serviços			
	1		3	
	Nº	%	Nº	%
0	24	68,6	11	78,6
1 —50	3	8,6	2	14,3
50 —75	4	11,4	0	0
75 —100	4	11,4	1	7,1

Para o estudo da associação entre mudança periódica (de duas em duas horas ou quatro em quatro horas) e úlcera de pressão, tentou-se várias estratégias de classificação desta variável, com vários pontos de corte.

Para o intervalo de duas em duas horas, elaborou-se os seguintes estratos: um sem cuidado (0% de mudanças) e outro com qualquer mudança e assim sucessivamente para as seguintes proporções (cortes para

exposição em 20%, 25%, 30%, 40%, e 50% de mudanças).

Em todos os estratos, as estimativas de ponto para o risco relativo sugeriram proteção (inferior a 1), mas para nenhum deles o risco foi estatisticamente significante, pois os intervalos de confiança incluíam o valor 1, o que pode ser atribuído ao tamanho da amostra ou porque não existia associação entre as variáveis (Tabela 5).

Tabela 5
Distribuição dos riscos relativos para úlcera de pressão segundo percentual de mudanças periódicas de decúbito de 2 em 2 horas nos serviços 1 e 3. Bahia, 2001

Mudanças de Decúbito %	Serviços (1+ 3) RR (IC 95%)
0	0,35 (0,1; 1,3)
0-50	0,4 (0,01; 2,7)

Essas estimativas de risco relativo sugerem a possibilidade de proteção dos pacientes que tiveram pelo menos 25% ou 30% de mudanças diárias de posição (duas em duas horas). Entretanto, as medidas são imprecisas, possivelmente pelo pequeno tamanho

das amostras. A avaliação dos serviços individualmente não foi realizada, pois apresentava amostras ainda menores.

Ao examinar o intervalo de quatro em quatro horas, igualmente foram elaborados os mesmos estratos, cortes

para exposição em 0%, 20%, 25%, 30%, 40% e 50%. Em todos os estratos, as estimativas para o risco relativo não foram estatisticamente significantes, pois os intervalos de confiança incluíam o valor um.

Outra variável que não se mostrou associada foi “trocado sempre que molhado e/ou evacuado”. Ao contrário, as estimativas pontuais de risco relativo mostram uma associação positiva, isto é, a incidência dos expostos a este cuidado era maior, mas sem significância estatística. Outros estudos, porém, como o de Brandeis *et al.* (1994), realizado em asilos, encontraram uma incidência de UP de 19,3%, e um dos importantes fatores associados foi a incontinência fecal. Clever *et al.* 2002 avaliaram durante três meses a incidência de UP na região sacral de 34 pacientes com incontinência e obtiveram taxa de 14,7%. Nos três meses seguintes, houve utilização de produtos para higienização e proteção da pele na região sacral de 30 pacientes e nenhuma úlcera de pressão foi encontrada, indicando, portanto, que cuidados com a pele de indivíduos incontinentes pode reduzir o aparecimento de UP.

Igualmente, não foi encontrada nenhuma associação indicando que a hidratação possa ter um efeito preventivo, a despeito das estimativas pontuais indicarem riscos relativos abaixo do valor 1. Assim, por exemplo, os pacientes que apresentaram hidratação de 1.500 a 2.000 ml/dia em mais do que 33% dos dias de observação tiveram um risco relativo de 0,57, mas com intervalo de confiança (95%) de 0,13 a 1,98.

No tocante à utilização diária de creme hidratante, observou-se que a maioria dos pacientes (87,8%) não recebeu este cuidado. Como a exposição é pequena e a distribuição desse cuidado foi similar entre os que desenvolveram úlceras (85,7%) e os que não a desenvolveram (88,6%), não houve associação significativa.

No que se refere à dieta ministrada, observou-se que 54% dos pacientes

receberam a dieta em 100% dos dias de acompanhamento. No outro extremo, 10,8% dos pacientes não tiveram nenhuma dieta ministrada. Nessa variável, um resultado a destacar diz respeito aos pacientes que tiveram menos de 80% de suas dietas ministradas, pois apresentaram quase nove vezes mais chances de desenvolver úlcera de pressão (RR: 8,9 IC 95%: 1,34 – 378,8). A associação mostrou-se ainda maior quando a exposição foi avaliada com o corte de mais ou menos 90% das dietas diariamente ministradas (RR: 12,1 IC9 5%: 1,8 – 512,7). Essa exposição mostrou-se estatisticamente relevante. Uma possível explicação para esse achado é que a dieta pode ser um indicador da desnutrição iniciada ou agravada durante a internação e representa um fator de risco importante para incidência de UP.

O uso de colchões adequados para pacientes em risco para úlcera de pressão é bastante pequeno nos serviços estudados. Dos 79 pacientes pesquisados, não se obteve a informação em cinco deles. Dos 74 restantes, 8,1% (6) puderam utilizar tal recurso pelo menos alguma vez. Destes seis pacientes, 100% utilizaram o colchão tipo caixa de ovo, e um deles usou as três modalidades. O uso de colchão adequado variou de 5% a 100% do uso diário. Nenhum paciente do serviço 4 foi beneficiado com esse cuidado de enfermagem.

Mais uma vez, parece que usar colchão adequado pode ser protetor, pois a estimativa do risco relativo foi abaixo de um (RR: 0,51), contudo o intervalo de confiança (95%) incluiu o valor de 1 (IC 95%: 0,01 – 3,4), o que novamente aponta para a imprecisão da medida.

No estudo realizado por Bours *et al.* (2001), em 89 estabelecimentos de saúde da Holanda, a prevalência encontrada foi de 23,1%; entre as medidas preventivas de UP analisadas, os autores verificaram que para os pacientes que necessitavam ser posicionados em superfícies adequadas, apenas 53% deles foram atendidos

nesse cuidado; menos de um terço do grupo em estudo, que precisava ser reposicionado no leito e receber suporte nutricional, recebeu tais intervenções, o que aponta novamente para a associação existente entre UP e determinadas ações preventivas.

Considerações finais

A incidência de UP, embora apontada como importante indicador de qualidade da assistência nos serviços hospitalares, tem sido ainda pouco investigada em nosso País. Os poucos estudos existentes localizam-se em serviços universitários ou hospitais privados de grande porte. Nossa estudo é o primeiro realizado em hospitais filantrópicos, ligados ao SUS e localizados no interior de um estado do Nordeste.

Uma amostra de tamanho insuficiente foi um fator limitante do estudo, o que acarretou importantes dificuldades de natureza metodológica, particularmente a análise de associação estatística entre cuidados de enfermagem e prevenção de UP. Para contornar essa dificuldade, foi cogitado aumentar o tempo de observação nas quatro unidades de saúde – único meio possível de aumentar a amostra. Esse período teria que ser, pelo menos, triplicado. Contudo, aumentar o tempo faria esse estudo ficar altamente custoso, tendo em vista a necessidade de manter a equipe hospedada e remunerada no interior do Estado da Bahia.

Uma das recomendações para pesquisas futuras pautadas no mesmo desenho, seria a ampliação das amostras, a depender de uma boa disponibilidade de recursos humanos e financeiros. Para serviços de pequeno ou de médio porte, o aumento do tempo de observação parece ser a única alternativa para aumentar a amostra, de modo que ela possa identificar se os cuidados podem ser protetores por referência ao aparecimento de úlceras de pressão.

Os pacientes seguidos eram predominantemente idosos (mediana

de idade de 73 anos); o tempo médio global de internação foi de 5,8 dias, e o fator de risco mais encontrado foi a mobilidade física prejudicada (89,9%).

Quanto à incidência de UP, as taxas verificadas nesse estudo, 27,5% no serviço 1 e 21,43% no serviço 3, podem ser consideradas elevadas. O tempo médio global de internação foi de 5,8 dias. Para os pacientes que desenvolveram úlcera, o tempo médio de aparecimento da lesão foi de 4,7 dias após a data de admissão. Considerando que para essa coorte de pacientes, tanto o período de internação como o do aparecimento de UP, são breves talvez a adoção de medidas protetoras desde o inicio da admissão que possam reduzir a ocorrência do evento.

Quanto ao serviço 4, no qual não se detectou UP nos pacientes amostrados, alguns comentários são pertinentes: a população de pacientes mostrou-se mais jovem (mediana de 67 anos); houve menor tempo de internação desses pacientes (4,8 dias), e ainda, os pacientes acompanhados no estudo apresentavam menor quantidade de critérios de inclusão (fatores de risco), embora a mortalidade fosse similar.

Na literatura nacional, não se conhece estudos que buscam associar a ocorrência do evento – úlcera de pressão – a determinados cuidados de enfermagem. Entretanto, pesquisas realizadas em outros países evidenciam que as ações de enfermagem selecionadas no presente estudo podem atuar como medidas protetoras para o desenvolvimento de UP.

Assim, podemos ver pelas estimativas de risco relativo que houve a possibilidade de proteção dos pacientes que tiveram pelo menos 25% ou 30% de mudanças diárias de decúbito, bem como para aqueles que receberam hidratação (1.500 a 2.000 ml/dia) em mais de 33% dos dias de observação.

Quanto à mudança de decúbito, de duas em duas horas ou de quatro em

quatro horas, os resultados evidenciaram que os pacientes acompanhados não receberam esse cuidado de forma regular e sistemática.

Para a variável “trocado sempre que molhado e/ou evacuado” a incidência dos expostos a este cuidado foi maior, embora este resultado não tenha apresentado significância estatística.

Em relação à dieta, verificou-se, para os pacientes expostos a este tipo de cuidado, significância estatística, evidenciando que se trata de um fator de risco importante para a incidência de UP.

Também a utilização de colchões adequados parece contribuir na prevenção de UP, embora à semelhança dos outros cuidados, não se tenha observado significância estatística.

Conquanto, nas análises desenvolvidas não se tenha encontrado uma associação estatística entre as variáveis, vale destacar que os resultados mostraram que esses pacientes, todos com pelo menos um fator de risco para UP, receberam poucos cuidados específicos de enfermagem que poderiam prevenir a ocorrência de UP.

Embora não seja possível estabelecer comparações diretas com outras pesquisas (nacionais e internacionais), dadas as diferenças de ordem metodológica e de contexto de trabalho, os índices encontrados apontam para um comprometimento da qualidade nos estabelecimentos estudados, os quais podem estar influenciados pela precariedade no quantitativo de pessoal de enfermagem, pela ausência de supervisão e de processos de educação continuada e, neste sentido, devem merecer atenção por parte dos responsáveis dos serviços.

Referências bibliográficas

- ALLCOCK, N.; WHARRAD, H.; NICOLSON, A. Interpretation of pressure-sore prevalence. *Journal of Advanced Nursing*, n. 20, p. 37-45, 1994.
- BERGSTROM, N. et al. Multi-site study of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic characteristics, diagnoses and prescription of preventive interventions. *Journal of American Geriatric Society*, v. 44, n. 1, p. 22-30, 1996.
- The Braden Scale for predicting pressure score risk. *Nursing Research*, v. 36, n. 4, p. 205-210, 1987.
- BOURS, G. J. et al. Prevalence, risk factors and prevention of pressure ulcers in Dutch intensive care units. Results of a cross-sectional survey. *Intensive Care Med*, v. 27, n. 10, p. 1599-605, oct. 2001.
- BRANDEIS, G. H. et al. A longitudinal study of risk factors associated with the formation of pressure ulcers in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*, v. 42, n. 4, p. 388-93, apr. 1994.
- CALIRI, M. H. L. et al. **Úlcera de pressão em pacientes hospitalizados:** fatalidade ou iatrogenia?. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ESTOMATERAPIA, 2., set. 1997, São Paulo. (mimeo).
- CLEVER, K. et al. Evaluating the efficacy of a uniquely delivered skin protectant and its effect on the formation of sacral/buttock pressure ulcer. *Ostomy Wound Manage*, v. 48, n. 12, p. 60-67, dec. 2002.
- DAVIS, C. M.; CASEBY, N. G. Prevalence and incidence studies of pressure ulcers in two long-term care facilities in Canada. *Ostomy Wound Manage*, v. 47, n. 11, p. 28-34, nov. 2001.
- DEALEY, C. Monitoring the pressure sore problem in a teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing*, n. 20, p. 652-659, 1994.
- FERNANDES, L. M. **Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados.** Uma revisão integrativa da literatura. 2000. Dissertação – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- FIFE, C. Incidence of pressure ulcers in a neurologic intensive care unit.

Crit Care Med, v. 29, n. 2, p. 283-290, feb. 2001.

FRISOLI Jr., A. et al. Úlcera de pressão. **Gerontologia**, v. 3, n. 4, p. 193-200, 1995.

GOODRIDGE, D. M. et al. Risk-assessment scores, prevention strategies, and the incidence of pressure ulcers among the elderly in four Canadian health-care facilities. **Canadian Journal Nursing Research**, v. 30, n. 2, p. 23-44, summer 1998.

HANSON, D. S. et al. Decreasing the prevalence of pressure ulcers – using agency standards. **Home Healthcare Nurse**, v. 14, n. 7, 1996.

JENNINGS, B. M. et al. Lessons learned while collecting ANA indicator data. **The Journal of Nursing Administration**, v. 31, n. 3, p. 121-129, mar. 2001.

KANE, D. P.; KRASNER, D. Wound healing and wound management. In: KRASNER, D.; KANE, D. **Chronic wound care**: a clinical source book for healthcare professionals. 2. ed. [S. l.]: Health Management Publications Inc., 1997. p. 1-4.

LANGEMO, D. K. et al. Incidence and prediction of pressure ulcers in five patient care settings. **Decúbitos**, v. 4, n. 3, p. 25-36, 1991.

LANGEMO, D. K.; ANDERSON, J.; VOLDEN, C. M. Nursing quality outcome indicators. The North Dakota Study. **The Journal of Nursing Administration**, v. 32, n. 2, p. 98-105, feb. 2002.

MAKLEBUST, J. Pressure ulcers: etiology and prevention. **Nursing Clinics of North America**, v. 22, n. 2, p. 359-377, june 1987.

MERAVIGLIA, M. et al. Maintenance of skin integrity as a clinical indicator of nursing care. **Advanced Skin Wound Care**, v. 15, n. 1, p. 24-29, jan./feb. 2002.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Pressure Ulcer Scale for Healing**, 1998. Disponível em: <<http://www.npuap.org>>.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil**. Washington, DC: [s. n.], 1986. (OPAS. Série PALTEX, 7).

PEDUZZI, M.; ANSELMI, M. L. **Relatório Final de Pesquisa – Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde, Estado da Bahia – fase 1**. [S. l.]: Ministério da Saúde; Escola de Enfermagem da USP; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2003.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PETROLINO, H. M. B. S. **Úlcera de pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva**: incidência, avaliação de risco e medidas de prevenção. 2002. 118 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

REED, L.; BLEGEN, M. A.; GOODE, C. S. Adverse patient occurrences as a measure of nursing care quality. **The Journal of Nursing Administration**, v. 28, n. 5, p. 62-69, may 1998.

RICHARDSON, B. Pressure sores: a manager's perspective. **Nursing Standard**, v. 5, n. 12, p. 11-13, 1990.

ROGENSKI, N. M. B. **Estudo sobre a prevalência e a incidência de úlceras de pressão em um hospital universitário**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SAITO, E. et al. Incidence proportion estimation, prevalence and effective visiting nurse care of pressure ulcers. **Nippon Koshu Eisei Zasshi**, v. 46, n. 12, p. 1084-93, dec. 1999.

XAKELLIS, G. C. et al. Cost-effectiveness of an intensive pressure ulcer prevention protocol in long-term care. **Advances in Wound care**, n. 22, p. 22-29, 1998.

O processo de trabalho do auxiliar de enfermagem

The work process of the nursing assistant

Marina Peduzzi

Enfermeira, professora doutora – Universidade de São Paulo

Maria Luiza Anselmi

Enfermeira, professora associada – Universidade de São Paulo

Resumo: Neste artigo, apresentam-se os resultados parciais do subprojeto: análise do processo de trabalho do auxiliar de enfermagem na equipe de saúde, que integra a pesquisa de avaliação do impacto do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) na qualidade dos serviços de saúde. O artigo tem por objetivo identificar e compreender as características do processo de trabalho do auxiliar de enfermagem, pois, embora essa categoria represente 50% da força de trabalho em enfermagem, são escassos os estudos sobre a especificidade de sua prática. A investigação foi desenvolvida com metodologia qualitativa em um hospital de ensino no Município de São Paulo, através de entrevistas semi-estruturada com profissionais de uma mesma equipe de trabalho. A análise tomou como referencial teórico os estudos do trabalho em saúde e em enfermagem. Os resultados mostram que o auxiliar de enfermagem responde majoritariamente pelos cuidados de enfermagem, embora o núcleo do seu trabalho seja a execução de técnicas e esteja afastado do momento de concepção e planejamento das intervenções.

Palavras-chave: Processo de Trabalho em Enfermagem; Força de Trabalho; Recursos Humanos em Saúde; Recursos Humanos de Enfermagem.

Abstract: The partial results of the sub-project “Analysis of the Work Process of the Nursing Assistant in the Health Team”, which is part of the PROFAE [Project on Professional Training for Workers in the Field of Nursing] impact assessment survey on the quality of health services, are presented herein. The paper is intended to identifying and understanding the characteristics of the work process of the nursing assistant because, even though this category represents 50% of the labor force in nursing, there are few studies about the specificities of its practice. The investigation was developed in a school hospital in the Municipality of São Paulo and utilized qualitative methodology, by means of semi-structured interviews with professionals within the same work team. This analysis took, as theoretical reference, the studies on the work of health and nursing. The results disclose that the nursing assistant is the chief responsible for the nursing care, although its work is centered on the performance of techniques, and he/she is withdrawn by the time of conceiving and planning the interventions.

Keywords: Work Process in Nursing; Labor Force; Health Manpower; Nursing Staff.

Introdução

Neste artigo, apresentam-se os resultados parciais de um subprojeto associado à pesquisa de impacto do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), do Ministério da Saúde. Para avaliar o impacto da qualificação técnica dos trabalhadores na qualidade dos serviços de saúde, particularmente a qualificação do atendente como auxiliar de enfermagem, é necessário compreender as características desse processo de trabalho, sua inserção e contribuição, tanto na equipe de enfermagem quanto na equipe de saúde.

A institucionalização da enfermagem como profissão, a partir de meados do século XIX, é caracterizada pela divisão do trabalho. Essa característica merece destaque, dada sua influência no exercício cotidiano do trabalho, nas relações com as demais áreas da Saúde e na qualidade da assistência. O processo de divisão do trabalho que configura diversos agentes da enfermagem, constitui-se acompanhado de outras duas marcas dessa área profissional: a disciplina e a hierarquia. (Almeida e Rocha, 1986; Silva, 1987).

No Brasil, a divisão interna à enfermagem dá origem às várias modalidades de trabalho auxiliar (técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem, visitador sanitário, outros), ficando para o enfermeiro as atividades de ensino, supervisão e administração e, para o pessoal auxiliar, a maioria das atividades de assistência. Essa diversidade de agentes instala uma separação entre o cuidado direto ao paciente e o cuidado indireto que pode expressar uma cisão comprometedora da qualidade do cuidado de enfermagem, que representa o objeto de intervenção nuclear desse campo (Lima, 1998; Melo, 1986; Silva, 1997).

Outros dois aspectos justificam este estudo, pois, por um lado, ainda persiste um contingente expressivo de trabalhadores de enfermagem sem a

qualificação técnica formal e regular necessária, atuando nos serviços, situação que deu origem ao PROFAE em 2000 (Brasil, 2001) e, por outro lado, os auxiliares de enfermagem representam aproximadamente 50% da força de trabalho em enfermagem no País (Conselho Regional de Enfermagem – SP, 2002), percentual que tende a aumentar com a capacitação profissional dos primeiros.

Nesse sentido, vale assinalar que desde, meados dos anos 80, os estudos sobre força de trabalho em saúde, no Brasil, mostram uma tendência de aumento da incorporação de auxiliares de enfermagem e enfermeiros, e um decréscimo na contratação de atendentes, bem como um aumento na incorporação de profissionais de nível universitário não médicos. Essa tendência tem permitido uma mudança na composição geral da equipe de saúde que até os anos 80 era tipicamente bipolar – médico e/ou atendente. Observa-se a tendência de um modelo multiprofissional, mais adequado para a implementação da atenção integral à saúde preconizada pelo Sistema Único de Saúde, à crescente incorporação tecnológica e às mudanças ocorridas no mundo do trabalho contemporâneo (Machado *et al.*, 1992; Martinz e Dal Poz, 1998; Peduzzi, 1998).

No País, as primeiras escolas formadoras de pessoal auxiliar de enfermagem instalaram-se na década de 40, com o objetivo de atender às necessidades colocadas pela expansão da assistência hospitalar, curativa e individual (Aguiar, 2001). No entanto, o curso de auxiliar de enfermagem seria regulamentado por lei somente na década de 70, pelas Resoluções do Conselho Federal de Educação nº 7 e nº 8 de 18/4/77¹.

¹ Destaca-se que a introdução do ensino de enfermagem, no País, com organização administrativa e docente sob a responsabilidade de enfermeiros, surge em 1923 com a criação da Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro (Germano, 1983). Assim, inicia a história do ensino superior em enfermagem no Brasil.

A atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional introduziu profundas mudanças na educação profissional, entendida como articuladora às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia. A nova educação profissional teve suas diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e Câmara de Educação Básica (CEB) por meio da Resolução CNE/CEB nº 16/99 e Resolução CNE/CEB nº 04/99 que incluem o auxiliar de enfermagem no itinerário de profissionalização do técnico de enfermagem.

Embora as dificuldades da formação de pessoal de nível médio em enfermagem e em saúde sejam discutidas e trabalhadas há décadas no Brasil pelas entidades representativas de enfermagem, pelas instituições de ensino e pelas várias instâncias governamentais, somente a partir do ano 2000, com a implantação do PROFAE em todo território nacional, a educação profissional passa a ocupar a agenda do Estado e a configurar-se como Política Pública de âmbito nacional.

Além da qualificação profissional, esse projeto tem apoiado o desenvolvimento de um conjunto de investigações que possibilitam, articuladamente, aprofundar o conhecimento sobre “educação e trabalho do pessoal de nível médio em enfermagem e em saúde”. A referência simultânea à enfermagem e à saúde decorre da premissa acerca da existência de relações recíprocas entre as práticas sociais. Entende-se que não há uma relação de externalidade entre as diversas práticas de saúde, visto não configurarem, cada uma delas, trabalhos isolados e independentes, mas sim processos de trabalho conexos.

A pesquisa² foi desenvolvida com base nesse pressuposto e no quadro teórico-metodológico apresentado adiante, tendo como objetivo analisar e compreender o trabalho do auxiliar de enfermagem, particularmente nos seguintes aspectos: o objeto de trabalho e o saber técnico que fundamentam as ações de enfermagem que

este agente executa; sua integração na equipe de saúde; a articulação de seu trabalho com o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro; as semelhanças e distinções entre o trabalho realizado pelo auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

Aspectos metodológicos

Optou-se por iniciar o estudo em um serviço de excelência, no sentido de tomar os resultados encontrados como referência para a análise de outras situações de trabalho, nas quais encontram-se trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal e regular que constituem a clientela PROFAE. Para o estudo, selecionou-se um hospital de ensino, reconhecido pela população local como um serviço de qualidade e pelos profissionais do campo da enfermagem, como um estabelecimento de saúde cujo serviço de enfermagem é inovador e de qualidade.

Trata-se de um hospital de ensino de nível secundário, pois atende a quatro especialidades básicas (pediatria, clínica, obstetrícia e cirurgia), de natureza pública e que mantém convênio de prestação de serviços com o Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo. Enquanto instituição de ensino tem seus objetivos consolidados na assistência, na docência e na pesquisa, pautados no modelo da assistência integral ao paciente, contando com 308 leitos estatísticos.

A filosofia do departamento de enfermagem define como essência da assistência de enfermagem a promoção, manutenção e recuperação da saúde por meio da utilização de todos os novos recursos técnico-científicos,

² Este artigo foi elaborado com base nos resultados parciais do subprojeto de pesquisa Análise do processo de trabalho do auxiliar de enfermagem na equipe de enfermagem.

PEDUZZI, M.; ANSELMI, M. L.; GAIDZINKI, R. R. Relatório de pesquisa – Análise do processo de trabalho do auxiliar de enfermagem na equipe de enfermagem. São Paulo. Ministério da Saúde, Escola de Enfermagem da USP, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. 2001.

inclusive a sistemática operacional da assistência de enfermagem e das novas habilidades instrumentais e expressivas direcionadas ao autocuidado.

Objetivando a consolidação dessa proposta filosófica, esse departamento implantou e vem desenvolvendo continuamente uma forma de operacionalização da assistência pautada no processo de enfermagem (Horta, 1979). Essa sistematização da assistência de enfermagem, denominada SAE, busca a conservação de parâmetros que possibilitem eficiência e eficácia dos serviços prestados à população e a qualidade da assistência individualizada, de acordo com as necessidades de cada paciente.

Com base na apreciação da diretoria de enfermagem do hospital, foi selecionada para o estudo a equipe da enfermaria pediátrica, dada a integração deste grupo de trabalho na unidade.

A seleção dos sujeitos da pesquisa obedeceu aos seguintes critérios: a) profissionais que atuam juntos no mesmo turno de trabalho há pelo menos um ano; b) diversidade de categorias profissionais, contemplando auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos; e c) entrevista com mais de um profissional de cada uma dessas categorias. Assim, foram selecionados três auxiliares de enfermagem, três enfermeiras e dois médicos.

Optou-se pela entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de informações, pois permite captar tanto os significados que os agentes atribuem à sua prática, quanto apreender a dinâmica de organização do trabalho coletivo.

Foi elaborado um roteiro para a realização das entrevistas com questões agrupadas em torno de cinco aspectos centrais para a investigação: a trajetória profissional do sujeito da pesquisa; o trabalho desenvolvido pelo entrevistado; o trabalho desenvolvido pelos outros profissionais entrevistados; a articulação entre as ações executadas pelos diferentes profissionais; as diferenças percebi-

das entre o trabalho do auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro; a formação ou capacitação que o auxiliar precisa ter para realizar o seu trabalho; as concepções sobre trabalho em equipe e supervisão.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassetes, cada uma com duração média de uma hora e 15 minutos. Após a gravação, foi realizada a transcrição das fitas, seguida da conferência de fidelidade, de modo a reproduzir, o mais próximo possível, a gravação realizada com todas as características do depoimento oral.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, atendendo às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A análise qualitativa das entrevistas deve contemplar tanto cada relato em particular, quanto as relações do conjunto do material coletado. Para tal, foi utilizada a técnica de impregnação, que consiste em tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo seu conteúdo, tanto na leitura vertical de cada depoimento como na leitura horizontal do conjunto dos relatos (Minayo, 1992; Schraiber, 1995a).

No transcorrer do processo de leitura das entrevistas, identificaram-se núcleos temáticos que foram analisados com base nas categorias analíticas formuladas no quadro teórico referencial. As categorias analíticas são aqui entendidas como o instrumental conceitual básico que emerge do quadro teórico adotado, podendo ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto de investigação (Demo, 1985; Minayo, 1992).

A pesquisa tomou como referencial teórico os estudos do processo de trabalho em saúde e em enfermagem (Almeida e Rocha, 1986; Almeida e Rocha, 1997; Mendes-Gonçalves, 1992, 1994; Merhy, 1997a; Merhy, 1997b; Peduzzi, 1998;

Pires, 1996; Schraiber, 1993, 1995b; Schraiber e Peduzzi, 1997a).

Com base nesse quadro, entende-se que os agentes constituem elemento do processo de trabalho e, portanto, devem ser apreendidos e compreendidos no interior das relações recíprocas entre objeto de intervenção, instrumentos de trabalho (materiais e intelectuais, tal como o saber técnico) e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. O agente, pela execução de atividades próprias de sua área profissional, opera a transformação de um objeto de trabalho em um produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele específico trabalho.

Assim, os auxiliares de enfermagem executam atividades de cuidados de enfermagem, de manutenção da organização do trabalho e de articulação das ações, com a supervisão do enfermeiro, atendendo à finalidade de oferecer assistência de enfermagem às necessidades de saúde dos usuários do serviço.

A compreensão do processo de trabalho requer a análise das atividades executadas pelos distintos profissionais, aqui, particularmente pelo auxiliar de enfermagem. Esse aspecto representa a tecnicidade ou o *modus operandi* do processo de trabalho, pois há uma norma social, um modo socialmente construído e legitimado de realização de cada trabalho especializado, estando a execução da atividade pautada e fundamentada em saber técnico e saber prático.

Lembra-se que a dimensão do saber tem especial importância no trabalho em saúde, uma vez que se trata de trabalho reflexivo em serviços, o qual, segundo Offe (1989), atende simultaneamente a dois aspectos: de um lado, preservar, respeitar e reconhecer a particularidade, a individualidade e a variabilidade das situações e necessidades dos clientes; e, por outro lado, estar de acordo com regras, regulamentações e valores gerais. Este trabalho

somente será bem sucedido e realizado com qualidade se produzir um equilíbrio entre esses dois aspectos, considerando ambos ao mesmo tempo, ou seja, a "especificidade do caso" e a "generalidade da norma".

A categoria saber técnico será considerada tal como concebida por Mendes-Gonçalves (1994) que, ao analisar a distinção e a relação entre o mundo do trabalho e o mundo da ciência, introduz a categoria saber operante como mediação entre ambos.

Com base nesse referencial, foram contempladas as seguintes categorias analíticas: divisão do trabalho, complementaridade e interdependência dos trabalhos, saber técnico, autonomia técnica, relações hierárquicas de subordinação, interação e trabalho em equipe.

Também foram formuladas categorias empíricas que são construídas com finalidade operacional, visando ao trabalho de campo, ou com base no material empírico coletado (Minayo, 1992). Nesse sentido, utilizaram-se as seguintes categorias: o trabalho de cada um e o trabalho dos agentes conexos; a articulação das ações; a comunicação; o saber do auxiliar de enfermagem; a autonomia técnica do auxiliar de enfermagem; as relações hierárquicas de subordinação; o trabalho em equipe e a supervisão de enfermagem.

Resultados e discussão

A trajetória profissional

Na trajetória profissional dos sujeitos da pesquisa, busca-se identificar porque optaram pela profissão, há quanto tempo concluíram o curso, trabalhos anteriores ao atual e tempo de trabalho no serviço estudado.

Chama a atenção que a opção pela profissão, em cinco dos oito entrevistados, esteja relacionada à experiência familiar com parentes pertencentes a mesma área profissional e que uma sexta depoente tenha

referido ter escolhido o curso de auxiliar de enfermagem por sugestão da mãe. Em medicina é comum a opção profissional estar relacionada à convivência com parentes médicos (Schraiber, 1993), quanto à enfermagem, não encontramos estudos que explorem esse aspecto.

Com relação ao tempo de conclusão do curso, observa-se uma variação entre 4 e 19 anos, e quanto ao tempo de trabalho no hospital, um intervalo de 3 a 16 anos. Esses dados mostram que todos os sujeitos da pesquisa estão inseridos no serviço há mais de 3 anos e, portanto, conhecem a dinâmica da instituição e têm experiência de trabalho acumulada.

No que se refere aos trabalhos anteriores à conclusão do respectivo curso, apenas dois auxiliares de enfermagem referem ter trabalhado antes da escolha pela profissionalização, como bancária e vendedora, e os demais entrevistados iniciam sua inserção no mercado de trabalho após a qualificação e/ou formação profissional. Nesse sentido, destaca-se que a história escolar guarda relação com a trajetória profissional, sendo usual para o sujeito que opta por uma qualificação técnica cujo requisito mínimo de escolaridade é o ensino fundamental, tal como ocorre com o curso de auxiliar de enfermagem, ter história de trabalhos anteriores à profissionalização.

Estudo recente sobre as transformações ocorridas na vida e no trabalho de atendentes de enfermagem, a partir da sua qualificação como auxiliares de enfermagem, mostra que a sua história de qualificação técnica e de trabalho é também sua história como classe social, que no seio da família viveu as dificuldades iniciais de inserção nos processos formais de ensino e formação profissional e viveu inclusive a entrada precoce no mundo do trabalho (Aguiar, 2001). Nessa pesquisa, desenvolvida com base em histórias de vida, os trabalhos anteriores ao curso de atendente e à profissionalização como auxiliares de enfermagem são: babá; empregada

doméstica; operária em fábrica de linhas, fábrica de café, fábrica de balas; copeira de hotel; cozinheira de hospital; garçonete; vendedora em loja; proprietária de banca de pastel e banca de churros. De maneira geral, a inserção no trabalho representa a interrupção dos estudos o que, por sua vez, dificulta a mudança para trabalhos mais qualificados tecnicamente.

O estudo desenvolvido por Aguiar (2001) também mostra que a qualificação profissional como auxiliar de enfermagem garantiu às antigas atendentes o acesso a uma posição de melhor remuneração e a promoção a uma categoria profissional reconhecida por lei. A qualificação técnica também permitiu acesso à moradia e manutenção da vida, inclusive aos estudos dos filhos e tratamento de problemas de saúde. No entanto, só puderam conquistar essa melhoria das condições de vida a custa de dois empregos.

O trabalho do auxiliar de enfermagem

A análise do material empírico reitera o cuidado de enfermagem como objeto de intervenção central no trabalho da enfermagem, executado sobretudo pelo auxiliar de enfermagem. As enfermeiras participam apenas eventualmente do cuidado, pois se ocupam de um elenco muito diversificado de ações centradas no planejamento da assistência e em criar condições adequadas para que esta seja executada pelos auxiliares. A equipe de enfermagem da unidade estudada conta com apenas um técnico de enfermagem que se ocupa sobretudo de atividades de gerenciamento de material.

Os depoimentos mostram uma concepção de cuidado que destaca a continuidade como característica, corroborando com a concepção de cuidado de enfermagem com a qual trabalha-se nessa pesquisa, ou seja, um conjunto de ações de acompanhamento contínuo do usuário (população) no transcorrer de doenças ou ao longo de processos sociovitais (saúde da criança, saúde na adoles-

cência, saúde da mulher e outros processos), visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde. Os relatos dos entrevistados também expressam um entendimento sobre o cuidado que abarca tanto a execução de técnicas de enfermagem como a interação com os usuários.

Esse duplo conteúdo do cuidado de enfermagem, técnico e interativo, merece destaque, pois é no âmbito da intersubjetividade que se dá a possibilidade de reconhecimento das necessidades de saúde entre paciente e profissional, uma vez que os problemas de saúde são apreendidos de forma distinta por ambos – o paciente expressa as necessidades sentidas e o agente as reconhece com base em um olhar instrumentalizado pelo saber técnico de sua área de atuação. Portanto, as possibilidades de um reconhecimento próximo às demandas efetivas dos usuários dos serviços de saúde ocorrem com base na comunicação e na interação.

A essência do cuidado reside na dimensão comunicativa, no sentido da busca do entendimento e reconhecimento mútuo dos sujeitos envolvidos nos atos de fala, ou seja, no encontro intersubjetivo. Nesse encontro, cabe ao profissional, no exercício do seu trabalho, aplicar a técnica considerando a especificidade da necessidade do paciente, e fazê-lo por meio de relações de continência, acolhimento e vínculo, estando tanto a técnica quanto a interação permeadas pela ética do respeito à vida e da preocupação genuína com o outro. Interessante observar que a dimensão ética aparece como conteúdo do saber necessário para o bom desempenho do auxiliar de enfermagem, embora a habilidade para a comunicação não seja destacada.

Os depoimentos também mostram que embora a enfermeira tenha a expectativa de poder se dedicar ao cuidado de enfermagem, no sentido de estar junto ao paciente, acompanhar e conversar, este configura-se como a intervenção principal dos auxiliares de enfermagem.

A rotina de trabalho diária do auxiliar de enfermagem inicia com sua participação na passagem de plantão. Em seguida, a enfermeira define a escala diária na qual distribui um conjunto de crianças para cada auxiliar de enfermagem cuidar. O modelo de organização do trabalho no serviço estudado, como assinalado anteriormente, é o modelo do cuidado integral, em que cada trabalhador de enfermagem fica com um pequeno grupo de usuários ou pacientes sob seus cuidados e a mesma equipe cuida do mesmo grupo de pacientes, nos respectivos turnos de trabalho.

Lembra-se que a literatura refere três modelos de organização do trabalho de enfermagem: funcional, trabalho em equipe e cuidado integral. Na década de 40, nos EUA, ocorre uma mudança no discurso da enfermagem que é transposto para todo o mundo ocidental, pautado na crítica ao modelo funcional, centrado na tarefa e propondo o modelo de trabalho em equipe. Esse modelo expressa, por um lado, a crítica ao trabalho dirigido à tarefa, propondo dirigir-se ao paciente, por outro lado, a escassez de pessoal de enfermagem instalada naquele período após a 2ª Guerra Mundial (Almeida e Rocha, 1986). Mais recentemente, desenvolveu-se outro modelo de organização do trabalho de enfermagem, denominado cuidado integral. Este, em parte, toma em consideração as críticas à não implementação do modelo de trabalho em equipe e busca intensificar a atenção voltada para o cuidado do paciente e não para a técnica, em separado do cuidado. No entanto, ocorre num momento de crescente incorporação tecnológica e de introdução do controle de custos da assistência à saúde, sobretudo por meio da estratégia do *management care* (Cohn e Elias, 1999). Portanto, por um lado, o modelo mais recente pode melhorar a continuidade e integralidade do cuidado, repercutindo na melhoria da qualidade da assistência, por outro lado, ao apresentar-se imediatamente asso-

ciado ao controle de custos e à necessidade de garantia de produtividade, estabelece uma tensão com o aspecto anterior.

Retomando a rotina de trabalho do auxiliar de enfermagem no serviço estudado, a este cabe o seguinte elenco de atividades: aplicar medicação, punção venosa e “repuncionar se a criança perder o acesso venoso”, dar mamadeira, verificar o que a criança comeu, verificar ingestão hídrica e eliminações, arrumar os leitos, pesar a criança, medir diurese, verificar a pressão arterial, verificar freqüência cardíaca, verificar saturação, pegar materiais (lenço, roupa, sabonete etc), dar banho e escovar os dentes, encaminhar para exames internos ou externos (no sentido de acompanhar), coletar material para exames laboratoriais, realizar curativo, conversar com a criança, conversar com a mãe, levar a criança na brinquedoteca ou para o jardim externo, e anotar todas as atividades executadas.

A execução desse conjunto de atividades reitera o entendimento do duplo conteúdo do cuidado de enfermagem, os procedimentos técnicos e a comunicação, bem como a aplicação do modelo do cuidado integral. No entanto, ao solicitarmos que o auxiliar de enfermagem defina a prioridade do cuidado, os três entrevistados referem a medicação – “a medicação em primeiro lugar e o curativo ou a interação em seguida”. A primazia da técnica, expressa pelos auxiliares de enfermagem, cujo trabalho primordial é estar ao lado do paciente, coloca a contínua necessidade de vigilância das concepções vigentes sobre necessidades de saúde e, particularmente, sobre as necessidades de cuidado, no sentido da construção de alternativas para a atenção integral à saúde. Como sujeitos do seu próprio tempo histórico, os auxiliares de enfermagem tendem a reiterar o modelo hegemônico de organização das práticas de saúde, qual seja, o modelo biomédico, pautado no saber clínico

da medicina e centrado na assistência individual e biopsicossocial, ou seja, cindido as dimensões individual e coletiva do processo saúde-doença.

O saber do auxiliar de enfermagem

Um dos entrevistados não explorou esse aspecto no seu depoimento e os demais foram unâimes ao referir como conteúdo essencial do saber, que fundamenta o trabalho do auxiliar de enfermagem, as técnicas de enfermagem. Os outros componentes do saber são: gostar do que faz (três entrevistados); conhecimentos para discernir o normal e o patológico, noções básicas ou noções mínimas de patologia (três entrevistados) e ética (dois entrevistados).

Dessa forma, o que caracteriza o saber do auxiliar de enfermagem são as técnicas de enfermagem que consistem na primeira forma organizada de saber da área de Enfermagem (Almeida e Rocha, 1986), não havendo referência à segunda modalidade de saber, representada pela sistematização dos princípios científicos que fundamentam as técnicas, e nem ao conhecimento gerado pela pesquisa em enfermagem que começa com a implantação da pós-graduação, em nível de mestrado, no início dos anos 70 e que se consolida nos anos 80 com a introdução dos cursos de doutorado (Almeida, Mishima e Peduzzi, 2000).

A análise, portanto, confirma que os auxiliares de enfermagem, categoria que representa 50% da força de trabalho na área e é responsável pelo cuidado direto à clientela, não se apropriam do saber técnico gerado no campo da enfermagem, saber este que fundamenta as intervenções junto aos usuários.

No entanto, a ausência de fundamentação da intervenção em um saber técnico de enfermagem representa risco à saúde dos usuários e comprometimento da qualidade da assistência, não pela falta de competência dos profissionais, mas pelo consenso de

que lhes bastam noções básicas e mínimas acerca dos procedimentos. No que se refere à comunicação, necessária às ações de orientação, de educação em saúde, e de interação, basta o auxiliar “gostar do que faz” e “ter amor pela profissão”. Contudo, ressalta-se que houve referência à ética, que se entende fundamental para uma prática comunicativa com os usuários e com a equipe.

Tomando-se o referencial teórico deste estudo, essa problemática deve ser analisada com base na relação entre as categorias educação e trabalho. Nesse sentido, Aguiar (2001) traz, de forma sistematizada, a compreensão de que a relação entre educação e trabalho em enfermagem decorre fundamentalmente da análise da dinâmica do processo de divisão do trabalho, particularmente no que se refere à divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual. A autora parte do pressuposto que:

“O processo de qualificação dos trabalhadores em geral, inclusive do setor saúde, não se dá de forma externa à macroestrutura, sofrendo portanto suas determinações. No caso da sociedade capitalista, a divisão social e técnica do trabalho determina a inserção dos trabalhadores de forma desigual nos processos produtivos e na sociedade em geral, assim como, na apropriação desigual do saber, dos bens e serviços produzidos pelo trabalho.” (Aguiar, 2001:21).

Desse modo, ocorrem processos distintos e desiguais de aprendizado e de qualificação técnica para o exercício do trabalho do pessoal de enfermagem de nível médio e nível básico profissionalizante, e dos enfermeiros. A maioria da força de trabalho ligada à execução de tarefas, qualifica-se para o trabalho por meio de uma pedagogia própria – a “pedagogia da fábrica” –, que assume as características de um “ensino prático” e parcial de uma tarefa fragmentada, ministrado no próprio trabalho ou em instituições de ensino profissionalizante, de curta duração

(Aguiar, 2001; Kuenzer, 1986). De outra parte, para os trabalhadores destinados às funções de planejamento e controle, o ensino do trabalho se faz por meio de formação profissional especializada de cunho técnico-científico e distante da prática cotidiana do trabalho. Ou seja, os agentes que executam o trabalho apropriam-se de um saber técnico esvaziado de fundamentação teórica e aqueles que planejam e controlam os processos de trabalho, apropriam-se de um saber fundamentado pela ciência e distante da prática dos serviços de saúde.

O material empírico analisado nesta pesquisa mostra a presença dessa rígida divisão. Como se refere adiante, os momentos de concepção e execução estão cindidos, pois quem executa o cuidado de enfermagem não participa diretamente do seu planejamento, embora forneça informações diárias sobre as observações e intervenções executadas, material que colabora na fundamentação do planejamento. O aspecto principal a ser destacado nessa dinâmica refere-se à ausência de apropriação do saber de enfermagem por parte dos auxiliares, pois a eles cabe, sobretudo, o cuidado cotidiano dos pacientes que é o objeto nuclear de intervenção no campo.

Quanto à autonomia profissional do auxiliar de enfermagem, observa-se que é restrita, pois limita-se à identificação de alterações do estado do paciente por referência a uma situação anterior estável ou a padrões de normatividade biológica, e encaminhamento da situação encontrada para a enfermeira ou para o médico. Esse expressivo limite da autonomia técnica do auxiliar de enfermagem pode ser interpretado em relação a dois aspectos da organização do trabalho. Por um lado, a existência de relações hierárquicas de subordinação reiteradas tanto pelos agentes quanto pela estrutura organizacional hospitalar, mesmo em uma instituição de ensino diferenciada quanto a qualidade de prestação de serviços, como assinalado inicialmente. Nesse sentido, cabe destacar que a

subordinação dos auxiliares de enfermagem às enfermeiras e aos médicos vem acompanhada de referências a relações pessoais cordiais e até de amizade, o que mostra, de uma parte o exercício da ética do respeito pelo outro e, de outra parte, o predomínio da comunicação afetiva, dos sujeitos privados, e não a comunicação no sentido da prática comunicativa que permite arguir inclusive a dimensão técnica do trabalho dos demais agentes. A camaradagem nem sempre assinala a existência de relações mais simétricas, igualitárias quanto à forma de inserção no trabalho, mas sim relações satisfatórias da perspectiva individual pessoa a pessoa (Peduzzi, 1998).

Por outro lado, a esfera de autonomia no trabalho do auxiliar de enfermagem mostra-se restrita também pela ausência de um saber técnico que fundamente as tomadas de decisão, visto que a autonomia diz respeito ao julgamento e a tomada de decisão técnica. Com isso as enfermeiras referem dificuldades em delegar funções e atividades, o que pode, por sua vez, também dificultar a organização do trabalho e comprometer a qualidade da assistência.

As diferenças entre os trabalhos do auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro

Quanto ao trabalho do auxiliar e do técnico de enfermagem, não foram referidas distinções, pelo contrário, foram considerados, por parte dos auxiliares de enfermagem, como trabalhos similares e equivalentes.

A diferença identificada pelos entrevistados entre o trabalho do auxiliar de enfermagem e o enfermeiro é atribuída por todos à formação educacional mais extensa do segundo, tanto no que se refere à escolaridade como à qualificação técnica universitária.

Se, por um lado, as auxiliares de enfermagem mencionam que a diferença entre o seu trabalho e o das enfermeiras deve-se à formação universitária, por outro lado, elas atribuem grande valor à experiência

de trabalho, inclusive assinalando ser esta mais importante que a qualificação técnica. Isso mostra que ao invés da formação e experiência em serviços de saúde se complementarem no processo de qualificação dos trabalhadores de enfermagem, estes dois aspectos são compreendidos como excludentes, ou seja, quem ocupa um espaço não ocupa o outro. Nesse sentido, as enfermeiras são reconhecidas pela formação escolar e as auxiliares de enfermagem pela experiência prática, havendo uma tensão entre ambos no exercício cotidiano do trabalho.

Cabe destacar que essas qualificações técnicas distintas resultam em processos de trabalho diferentes, que mostram peculiaridades, e que essas diferenças do desempenho técnico desdobram-se em valorações sociais desiguais para os respectivos trabalhos, como de resto ocorre com todo processo de divisão de trabalho, que é sempre imediatamente técnico e social.

Embora, geralmente, os distintos agentes da enfermagem pertençam, de origem, a diferentes segmentos sociais, os embates entre as categorias são percebidos, vivenciados e reproduzidos de forma mais intensa no interior do próprio trabalho de enfermagem, pois a representação social sobre a enfermagem não expressa de forma clara e objetiva tais diferenças e desigualdades. Essa dinâmica contraditória, que se refere à desigualdade entre os vários trabalhadores da enfermagem, porém velada e obscura para os demais agentes sociais, somente pode ser melhor compreendida da perspectiva histórica da constituição da enfermagem como prática social, o que não cabe desenvolver nos limites deste artigo.

Todos os depoimentos são unâmes em reconhecer o gerenciamento do cuidado como o trabalho nuclear do enfermeiro, realizado com base na entrevista de admissão na qual são elaborados o histórico de enfermagem e o plano de cuidados, e na evolução e prescrição diária de

enfermagem. Ou seja, o gerenciamento do cuidado é executado com a utilização de um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem – denominado SAE (Cianciarullo *et al.*, 2001). Também aparece com destaque a execução de atividades de gerência da unidade, tais como: encaminhamento de exames internos ou externos, pedidos de medicação, dietas e/ou material, entre outras.

Cabe destacar que tanto as auxiliares de enfermagem quanto as enfermeiras referem-se às atividades de gerenciamento do cuidado e de gerência da unidade como “parte burocrática”, associada ao registro do trabalho ou ao preenchimento de formulários, protocolos e similares. Entende-se que essa associação expressa uma caricatura ou estereótipo sobre a administração e a gerência de serviços de saúde, concebidas exclusivamente como controle dos processos de trabalho. Tal associação deve ser examinada em profundidade visto não se tratar de referência fugaz e casual, mas reiterada em todos os depoimentos dos agentes da enfermagem.

Certamente, atividades de cunho burocrático compõem o conjunto de intervenções da gerência, porém esta deve ir muito além da burocracia, tendo por finalidade a implantação e o monitoramento de condições adequadas para que o modelo de atenção à saúde preconizado na instituição seja viabilizado com eficiência e eficácia. Lembra-se que a eficiência e a eficácia não dizem respeito apenas ao âmbito da técnica, mas também à dimensão ética e política, pois o modelo de assistência sempre traduz um conjunto de concepções acerca do processo saúde-doença, necessidades de saúde e organização social das práticas de saúde.

Tanto as auxiliares quanto as enfermeiras dão destaque para a participação destas no cuidado direto ao paciente, o que atribuímos à centralidade do cuidado como objeto de intervenção da enfermagem. Nessa

direção, as enfermeiras ocupam-se dos cuidados mais complexos e mais invasivos. Todavia, quando as auxiliares de enfermagem fazem referência à participação das enfermeiras nos cuidados diretos, interpretam sua colaboração como trabalho equivalente ao seu. Ou seja, são abolidas as diferenças técnicas que existem objetivamente, dada a divisão de trabalho na enfermagem.

As enfermeiras também valorizam sua participação eventual no cuidado, pois, no cotidiano do trabalho, reconhecem e expressam intenso conflito e tensão entre o gerenciamento do cuidado, sua ação privativa e predominante, e a execução do cuidado, a cargo sobretudo do auxiliar de enfermagem. A distinção entre o trabalho de ambos é feita com base nesse conflito, pois as enfermeiras planejam e supervisionam o trabalho da enfermagem sem a participação do auxiliar e este, por outro lado, usufrui do contato direto e permanente com os pacientes e familiares. Entende-se que a participação da enfermeira no cuidado direto é enfatizada por ambos, também porque isso mostra a complementaridade e cooperação existente entre as duas dimensões – cuidado e gerenciamento do cuidado. Essas duas esferas não constituem uma dicotomia, visto que estão presentes na prática de enfermagem moderna desde sua origem, em meados do século XIX, elas expressam duas faces de uma mesma moeda e referem-se a processos de trabalho conexos e interdependentes (Peduzzi, 2000).

Considerações finais

A pesquisa permitiu, até o momento, identificar quatro características do processo de trabalho do auxiliar de enfermagem que são destacadas dada sua relevância para a qualidade do cuidado. Por um lado, observa-se que o cuidado de enfermagem é executado especialmente pelo auxiliar de enfermagem, abarcando tanto as intervenções técnicas quanto à interação. No entanto, a comunicação e a interação não são utilizadas como ferramenta para

apreensão e negociação das necessidades de saúde dos usuários, o que poderia conferir maior eficácia ao cuidado.

Por outro, identificam-se marcantes contradições tais como: a ausência de apropriação do saber de enfermagem pelos auxiliares que respondem majoritariamente pelo cuidado direto; a esfera restrita de autonomia técnica desses agentes e a estreita associação entre o planejamento do cuidado e o controle do processo de trabalho, que mostra uma rígida cisão entre os momentos de concepção e de execução do cuidado.

Essas características comprometem a qualidade da assistência de enfermagem e a qualidade dos serviços de saúde, pois a enfermagem representa o maior contingente de trabalhadores que realizam intervenções diretas junto aos usuários. Além disso, o cuidado de enfermagem não pode ser realizado sem fundamentação técnico-científica, pois refere-se a um conjunto de ações muitas vezes invasivas e que acarretam riscos ou potenciais danos para os pacientes e para os próprios trabalhadores.

Há décadas, o debate em torno da prática de enfermagem preconiza o descentramento da tarefa e do controle do trabalhador para voltar-se às necessidades do usuário (população). Tal deslocamento de foco requer, no entanto, mudanças em muitas e diferentes dimensões das práticas de saúde, tais como: a estrutura organizacional, o modelo tecnológico de organização do trabalho, as competências técnicas com o amplo domínio do saber de enfermagem, o processo de educação profissional e educação permanente em serviço e a humanização do cuidado.

Considerando que o auxiliar de enfermagem é um dos profissionais de saúde que mais tempo permanece junto aos usuários, destaca-se a necessidade de mudanças que promovam a humanização do cuidado. Esta requer, dentre outros, a realização de esforços em três direções: colocar o ser

humano no centro da cena do cuidado, reconhecendo a polissemia das necessidades de saúde; desenvolver constante negociação entre profissional (equipe) e usuário (população), no qual prevaleça o diálogo e não a tentativa de persuasão; e questionar os métodos utilizados na enfermagem, particularmente a disciplina e as táticas de apaziguamento de conflitos, que tendem a reprimir o potencial de emancipação das práticas.

Também se destaca a necessidade de expressivos investimentos tanto na educação profissional quanto na educação permanente em serviços, pois a pesquisa evidenciou lacunas comprometedoras da qualidade do cuidado de enfermagem, visto que, de uma parte, predomina uma concepção técnica de seu trabalho, esvaziada de conteúdos teórico-científicos e, de outra parte, ele próprio, enquanto agente do trabalho, mantém-se distante do saber produzido na área Enfermagem, como se estivesse interditado apropriar-se do conhecimento que fundamenta suas ações.

Referências bibliográficas

- AGUIAR, Z. N. **A qualificação dos atendentes de enfermagem:** transformações no trabalho e na vida. 2001. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M.; PEDUZZI, M. A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51., 1999, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem, 2000. p. 259-277.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Cortez, 1986.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem, **Formação**, Brasília, v. 1, n. 1, 2001.

CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem:** evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Mapa Cadastral – janeiro/2002. Disponível em: <http://www.cofensp.org.br/conselho/sistema/cad_texto.html>.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1985.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil.** São Paulo: Cortez, 1983.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU; EDUSP, 1979.

KUENZER, A. Z. **Pedagogia da fábrica:** as relações de produção e a educação do trabalhador. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986.

LIMA, R. C. D. **A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde.** 1998. Tese (Doutorado) — Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

MACHADO, M. H. et al. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil:** estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; ENSP, 1992.

MARTINZ, M. I. C.; DAL POZ, M. R. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 125-146, 1998.

MELO, C. M. M. de. **Divisão do trabalho e enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1986.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde:** processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos CEFOR, 1. Série textos).

-----, **Tecnologia e organização social das práticas de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997a.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997b.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

OFFE, C. Trabalho como categoria sociológica fundamental. In: **TRABALHO e sociedade:** problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva da promoção da saúde. In: SEMINÁRIO: O ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 1., 2000, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2000.

PEDUZZI, M.; ANSELMI, M. L.; GAIDZINKI, R. R. Relatório de pesquisa – Análise do processo de trabalho do auxiliar de enfermagem na equipe de enfermagem. São Paulo. Ministério da Saúde, Escola de Enfermagem da USP, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2001.

-----, **Equipe multiprofissional de saúde:** a interface entre trabalho e

interação. 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho:** estudo em instituições escolhidas. 1996. Tese (Doutorado) — Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

SCHRAIBER, L. B. A pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995a.

_____. **O médico e seu trabalho:** limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 1, p. 57-64, 1995b.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Educ. Méd. Salud**, v. 27, n. 3, p. 295-313, 1993.

SILVA, E. M. **Supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local.** 1997. Tese (Doutorado) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional:** análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.

Análise do perfil da clientela do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE)

Analysis on the profile of the clients to the Project of Professionalization of Workers in the Field of Nursing (PROFAE)

Maria Luiza Anselmi

Enfermeira, professora associada – Universidade de São Paulo

Marina Peduzzi

Enfermeira, professora doutora – Universidade de São Paulo

Arnaldo Sala

Doutor em Medicina Preventiva – Universidade de São Paulo

Diane Dede Cohen

Enfermeira

Resumo: O artigo descreve e analisa o perfil dos alunos matriculados no Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), no período de outubro de 2000 a junho de 2002, em 17 Unidades da Federação. Foram analisados 42.896 questionários dos quais 90,5% são de alunos matriculados na modalidade Qualificação Profissional (QP) e 9,5%, na Complementação do Ensino Fundamental (CEF). Do grupo inserido na QP, 54,7% estão empregados na área de Enfermagem, 25,8% em outras ocupações e 20% encontram-se desempregados. A média de idade varia de 30 a 41 anos. Quanto à escolaridade, 63,1% dos empregados em outras ocupações, 55,1% dos empregados na enfermagem e 50% dos empregados possuem Ensino Médio completo. O grupo de empregados na enfermagem insere-se, predominantemente, em estabelecimentos públicos; 48,7% em serviços ambulatoriais e 34,1% em serviços hospitalares; 51,5% e 29,6% exercem a função de atendentes de enfermagem e agentes de saúde, respectivamente. Essas categorias desenvolvem ações de enfermagem que exigem conhecimento técnico-científico e competências que protejam os usuários da exposição a riscos. Esses resultados apontam para a relevância social do PROFAE como projeto de formação profissional.

Palavras-chave: Recursos Humanos de Enfermagem; Qualificação Profissional; Recursos Humanos em Saúde.

Abstract: The article describes and analyzes the profile of students enrolled in the *Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE* [Project of Professionalization of Workers in Nursing Field], from October 2000 to June 2002, at 17 States. 42,896 questionnaires were reviewed, out of which 90.5% are of students enrolled in the modality Professional Qualification (PQ) and 9.5% in Elementary School Complementation (ESC). Out of the group inserted into PQ, 54.7% are employed in the nursing field, 25.8% in different occupations and 20% are unemployed. The average age ranges from 30 to 41 years old. Concerning academic background, 63.1% of those employed in different occupations, 55.1% of those employed in nursing and 50% of the employed have full High-Level School. The group of employed in nursing field is mainly inserted into public facilities; 48.7% in ambulatory services and 34.1% in hospital services; 51.5% and 29.6% work as nursing clerks and health agents, respectively. Those categories develop nursing actions that require for technical-scientific knowledge and competencies that protect users against exposure to risks. The results point out PROFAE's social relevance as a project on professional qualification.

Keywords: Nursing Staff; Credentialing; Health Manpower.

Introdução

O estudo sobre mercado de trabalho em enfermagem desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS), em 1998, que tomou como base de dados a Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), estimou a existência de 225 mil atendentes de enfermagem no País (Brasil, 1999), aproximadamente 35% do contingente total de trabalhadores de enfermagem que, mesmo não dispondo de qualificação técnica específica, desempenham atividades na área. Além disso, o estudo identificou que havia, nesse grupo de trabalhadores de enfermagem, sujeitos que não preenchiam os requisitos mínimos para inserção em cursos de Qualificação Profissional, ou seja, não haviam concluído o Ensino Fundamental.

Entende-se que o elevado percentual de atendentes e similares identificados pelo estudo do MS, por meio da Rais e do Caged, explica-se pela metodologia empregada que buscava identificar também os trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica regular atuando nos estabelecimentos de saúde, embora com outras denominações de função. Destaca-se, portanto, a necessidade de enfrentamento e equacionamento da problemática expressa por esse quantitativo e qualitativo da composição e distribuição da força de trabalho em enfermagem no País, que mostra a persistência de um contingente de agentes de enfermagem sem acesso à Qualificação Profissional. Problemática essa que deve ser abordada tanto da perspectiva do direito da população à atenção à saúde, com o máximo de qualidade e o mínimo de risco, quanto da perspectiva do direito dos trabalhadores acessarem a educação profissional necessária para o desempenho responsável e eficaz que almejam.

O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de

Enfermagem (PROFAE), inscrito no âmbito das Políticas Públicas da área da Saúde, foi delineado em 1999 e efetivamente implementado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2000, com o objetivo de *“promover a melhoria da qualidade da atenção ambulatorial e hospitalar, por meio da redução do déficit de pessoal de enfermagem qualificado e apoiar a dinamização e regulamentação do mercado de trabalho no setor Saúde”* (Sório, 2002). Caracterizado como projeto social, voltado particularmente para a área de Enfermagem, em especial para o conjunto de trabalhadores de nível médio que atuam nos serviços de saúde sem qualificação técnica regular, foi construído buscando articular desenvolvimento de recursos humanos, educação profissional e trabalho.

Uma das vertentes desse Projeto é a pesquisa “Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde” que desdobrou-se no decorrer do seu desenvolvimento em um subprojeto que toma como objeto de estudo a clientela dos trabalhadores/ alunos matriculados no PROFAE (Peduzzi; Anselmi, 2003). O presente artigo tem como objetivo específico descrever e analisar o perfil dessa clientela em diversas Unidades da Federação.

Aspectos metodológicos

Trata-se de um estudo descritivo acerca da clientela matriculada no PROFAE, no período de outubro de 2000 a junho de 2002, nas seguintes modalidades: curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem (QP) e curso de Complementação do Ensino Fundamental (CEF).

A população de estudo compõe-se de trabalhadores/alunos matriculados no PROFAE que responderam a um questionário no ato da matrícula ou no início do curso, caso fosse impossível sua aplicação anterior, em 17 estados do País, a saber: 2 estados da Região Norte, Pará (PA) e Rondônia (RO); 9 estados da Região Nordeste, Alagoas (AL), Bahia (BA),

Ceará (CE), Maranhão (MA), Paraíba (PB), Pernambuco (PE), Piauí (PI), Rio Grande do Norte (RN) e Sergipe (SE); 3 da Região Sudeste, Minas Gerais (MG), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP); 1 da Região Sul, Rio Grande do Sul (RS); e 2 estados da Região Centro-Oeste, Mato Grosso do Sul (MS) e Mato Grosso (MT).

À exceção do Estado do Espírito Santo (ES), piloto da pesquisa, as demais Unidades da Federação não estão contempladas no estudo ou porque não enviaram os questionários como os estados do Acre (AC), Amazonas (AM), Roraima (RR), Santa Catarina (SC) e o Distrito Federal (DF) e/ou encaminharam, até o momento da codificação e digitação, um quantitativo reduzido de questionários, como Amapá (AP), 184, e Tocantins (TO), 104¹.

Em relação à QP, foram analisadas as seguintes variáveis: tipo de matrícula, situação no mercado de trabalho, idade, escolaridade, natureza jurídica e tipo de serviço de saúde em que atua, função exercida, realização de alguma atividade de enfermagem, execução de atividades específicas como inalação, medicação e punção venosa. Para a clientela do CEF, as variáveis estudadas foram o tipo de matrícula e a situação no mercado de trabalho.

Como assinalado anteriormente, utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário denominado “Questionário de Complementação dos Dados Cadastrais do PROFAE” (Anexo 1). O instrumento foi testado junto à clientela do PROFAE no Estado do Espírito Santo, em julho de 2000, e após as alterações necessárias, foi aplicado nos demais estados.

A opção pelo questionário justifica-se pela abrangência do universo a ser pesquisado, composto por grande número de pessoas e, também, porque constitui o meio mais rápido e barato de obtenção de informações, não requerendo preparo especial para sua aplicação, além de garantir o anonimato do respondente (Gil, 1994).

Entretanto, essa técnica de coleta de dados comporta possíveis vieses que podem ser considerados sob dois aspectos: a) o número de questionários devolvidos para análise pode ser inferior à quantidade encaminhada; e b) a fidedignidade ou precisão da informação apresentada pelo sujeito da pesquisa. Quanto ao primeiro tipo de viés, foi adotada, de comum acordo e com a intermediação do Ministério da Saúde, a estratégia de efetivar as turmas dos cursos do PROFAE, mediante o preenchimento dos questionários por parte dos alunos, o que permitiu o retorno de um expressivo número de formulários respondidos.

Após o recebimento pela equipe central de pesquisa, todos os questionários respondidos passaram por um processo de controle de qualidade por meio da revisão do preenchimento, efetuada em dois momentos, na recepção do formulário e por ocasião da codificação dos dados.

A codificação dos estabelecimentos de saúde foi realizada com base em listagem de serviços de saúde, de cada estado, fornecida pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade – SP)*.

O processo de revisão, nos dois momentos referidos, contemplou as seguintes etapas:

1) identificação dos questionários irregulares, verificando-se: ausência do número de cadastramento; ausência de dados de identificação;

1 Frente a problemas ocorridos com o banco de dados as informações relativas aos estados de Goiás e Paraná não foram contempladas no presente artigo, entretanto, podem ser acessadas em Peduzzi, M.; Anselmi, M.L. Relatório de Pesquisa – Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde. Análise do Perfil da Clientela Matriculada no PROFAE. Brasil, outubro/2000 – junho/2002. Ministério da Saúde. Escola de Enfermagem da USP. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2003.

* Agradecemos à Fundação Seade pela colaboração com a pesquisa, particularmente à Sra. Zilda Pereira da Silva – Coordenadora da Área da Saúde.

questionários incompletos, ou seja, faltando folhas e com informações inconsistentes; questionários duplicados, que foram descartados da análise;

2) classificação dos questionários considerados regulares, segundo três categorias, a saber:

- a) questionários de trabalhadores/ alunos do PROFAE empregados na área de Enfermagem identificados com base nos seguintes critérios: i) o informante refere exercer a função de auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem, agente de saúde ou auxiliar de saúde pública; ii) o informante não exerce nenhuma dessas funções mas refere trabalhar em estabelecimento de saúde e fazer, pelo menos, uma das atividades de enfermagem incluídas no questionário (higiene, inalação, vacinação, medicação, alimentação, mudança de decúbito, punção venosa, sondagem nasogástrica, pré e pós-consulta e atendimento de enfermagem, coleta de exames laboratoriais e outras atividades a serem relacionadas pelo informante);
- b) questionários de trabalhadores/ alunos do PROFAE empregados em outras ocupações: alunos que informaram estar empregados no momento de preenchimento do instrumento e não assinalaram a execução de qualquer atividade de enfermagem. Foram incluídos nessa categoria de alunos, por exemplo: recepcionista, secretária, copeiro e cozinheiro, motorista, segurança, porteiro e zelador, auxiliar de rouparia, massagista, entre outros;
- c) questionários nos quais está assinalada a condição de desempregado.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São

Paulo. Para cada questionário, anexou-se uma carta de apresentação e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o que permitiu a livre escolha do informante para participar ou não do estudo. Foram analisados somente os questionários que apresentavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinado pelo informante.

As informações extraídas dos questionários foram armazenadas em banco de dados Fox PRO e processadas no programa Epi-INFO 6.0². Procedeu-se à análise estatística descritiva das variáveis adotando-se distribuições e freqüências, e valores médios.

Resultados e discussão

Do total de 46.208 questionários recebidos, 3.312 apresentaram alguma inconsistência e foram considerados como "perdas". Assim, a análise foi desenvolvida com base em 42.896 questionários distribuídos, segundo tipo de matrícula (CEF e QP), conforme apresentado na Tabela 1.

Para o conjunto de Unidades da Federação, há predominância de alunos matriculados na modalidade QP (90,5%). Para o CEF, o maior percentual de alunos encontra-se nos estados de Sergipe, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Na Bahia, a clientela do PROFAE estudada é exclusivamente da Qualificação Profissional.

A expressiva diferença na distribuição de alunos entre as modalidades QP e CEF é consistente com os resultados parciais alcançados pela execução do Projeto no ano de 2002³.

² Fox PRO é um software utilizado como gerenciador de dados e Epi - INFO é um software de uso aberto produzido pelo Centers for Disease Control & Prevention (CDC), USA, e World Health Organization (WHO).

³ Ao final do ano de 2002, havia 91.730 alunos de Qualificação Profissional de auxiliares de enfermagem, 30.493 cursando a Complementação de Auxiliar de Enfermagem para Técnico de Enfermagem, e 7.489 concluindo a escolarização fundamental. Sório, R. E. R. Inovações no campo da gestão de projetos sociais: uma reflexão à luz da experiência do PROFAE. In: Castro, J. L. (Org) PROFAE – Educação Profissional em Saúde e Cidadania. Brasília: Brasil, Ministério da Saúde, 2002. p.27.

Tabela 1
Distribuição dos trabalhadores/alunos matriculados no PROFAE, segundo Unidade da Federação e tipo de matrícula. Brasil, outubro de 2000 a junho de 2002

UF	Tipo de Matrícula				Total Nº	
	Ensino Fundamental		Qualificação Profissional			
	Nº	%	Nº	%		
AL	3	0,3	1.167	99,7	1.170	
BA	0	0	2.865	100	2.865	
CE	280	11	2.277	90	2.557	
MA	25	0,8	3.276	99,2	3.301	
MG	1.520	25,8	4.370	74,2	5.890	
MS	16	0,7	2.405	99,3	2.421	
MT	71	5	1.372	95	1.443	
PA	234	11,1	1.873	88,9	2.107	
PB	6	0,4	1.421	99,6	1.427	
PE	115	3,2	3.451	96,8	3.566	
PI	181	12,7	1.242	87,3	1.423	
RJ	271	10,8	2.248	89,2	2.519	
RN	5	0,2	2.199	99,8	2.204	
RO	4	0,8	487	99,2	491	
RS	411	22,9	1.387	77,1	1.798	
SE	404	32,8	826	67,2	1.230	
SP	547	8,4	5.937	91,6	6.484	
Total	4.093	9,5	38.803	90,5	42.896 (100%)	

Embora o PROFAE, em seu delineamento original, focalizasse os trabalhadores de enfermagem (atendentes de enfermagem) inseridos nos serviços de saúde e desempenhando atividades sem a devida qualificação específica, à medida que foi implementado, mostrou-se como uma oportunidade de profissionalização para outros grupos, como desempregados e trabalhadores de outras áreas, que se mobilizaram diante dessa nova possibilidade “criando estratégias para driblar os critérios de legibilidade” (Vellozo, 2002) estabelecidos inicialmente.

Na Tabela 2, expõem-se os dados relativos a Complementação do Ensino Fundamental, para as categorias de trabalhadores/alunos do PROFAE – desempregados, empregados na área de Enfermagem e empregados em outras ocupações.

De modo geral, para os estados analisados, a maioria dos alunos matriculados no CEF é de trabalhadores empregados na enfermagem (56,6%).

Chama a atenção a maior proporção de alunos desempregados em São Paulo, Minas Gerais e Rio de

Janeiro, estados que dispõem de serviços com maior densidade tecnológica e exigem, portanto, mão de obra mais qualificada.

Nos estados de Sergipe, Piauí, Pará e Pernambuco, o percentual de alunos empregados na enfermagem é

superior a 68%, o que indica que nestas unidades federativas os serviços de saúde ainda contam com um contingente maior de trabalhadores atuando na enfermagem, sem os requisitos mínimos de escolaridade para acessar processos de Qualificação Profissional.

Tabela 2

Distribuição dos trabalhadores/alunos matriculados no PROFAE, modalidade Ensino Fundamental, segundo Unidade da Federação e situação no mercado de trabalho. Brasil, outubro de 2000 a junho de 2002

UF	Situação no Mercado de Trabalho						Total Nº	
	Desempregado		Empregado na Enfermagem		Empregado em outras ocupações			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
AL	1	33,3	2	66,7	-	-	3	
BA	-	-	-	-	-	-	-	
CE	56	20,0	159	56,8	65	23,2	280	
MA	5	20,0	13	52,0	7	28,0	25	
MG	403	26,5	782	51,4	335	22,0	1.520	
MS	2	12,5	5	31,3	9	56,3	16	
MT	15	21,1	40	56,3	16	22,5	71	
PA	23	9,8	177	75,6	34	14,5	234	
PB	1	16,7	4	66,7	1	16,7	6	
PE	24	20,9	79	68,7	12	10,4	115	
PI	9	5,0	142	78,5	30	16,6	181	
RJ	60	22,1	127	46,9	84	31,0	271	
RN	1	20,0	3	60,0	1	20,0	5	
RO	0	0,0	2	50,0	2	50,0	4	
RS	85	20,7	242	58,9	84	20,4	411	
SE	27	6,7	332	82,2	45	11,1	404	
SP	196	35,8	208	38,0	143	26,1	547	
Total	908	22,2	2.317	56,6	868	21,2	4.093 (100%)	

No que se refere à QP, no conjunto dos estados, mais de 50% da clientela é composta por empregados na área de Enfermagem, seguido de empregados em outras ocupações (25,8%) – Tabela 3.

Novamente há que se destacar os dados relativos a São Paulo, que responde pelo maior quantitativo de alunos na categoria “desempregado” (35,1%) seguido do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul.

Nesses estados, considerados desenvolvidos em termos econômicos, sociais e tecnológicos, o percentual elevado de desempregados cursando o PROFAE, pode ser resultante do desemprego estrutural que acaba levando o trabalhador a buscar uma alternativa de profissionalização na área da Saúde. Estudos sobre o mercado de trabalho em saúde apontam que este, mesmo em períodos de crise econômica, tem apresentado nas últimas décadas, embora em ritmo desacelerado, um crescimento no número de postos de trabalho (Girardi, 1996; 2002).

Quanto aos trabalhadores/alunos na categoria “empregado na enfermagem”, os maiores percentuais (entre 60 e 80%) localizam-se nos estados das regiões Norte e Nordeste. Nesse sentido, destaca-se que particularmente

nessas regiões, a dificuldade de acesso à educação profissional é marcante, sendo ilustrativo dessa situação o reduzido percentual de cursos oferecidos na área da Saúde que representam apenas 5,2% de um universo de 3.948 instituições de ensino profissional no Brasil (Sório, 2002).

Em relação à categoria “empregado em outras ocupações”, Rio Grande do Sul, São Paulo, Mato Grosso do Sul e Rondônia contam com maior percentual de alunos. A demanda pela Qualificação Profissional por parte de trabalhadores de outras áreas indica que o PROFAE, a médio prazo, cria um potencial de força de trabalho qualificada a ser absorvida pelos serviços de saúde; para os indivíduos, pode estar constituindo-se em uma via de acesso a um novo estatuto ocupacional e social.

Tabela 3
Distribuição dos trabalhadores/alunos matriculados no PROFAE, modalidade Qualificação Profissional, segundo Unidade da Federação e situação no mercado de trabalho. Brasil, outubro de 2000 a junho de 2002

UF	Situação no Mercado de Trabalho						Total Nº	
	Desempregado		Empregado na Enfermagem		Empregado em outras ocupações			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
AL	1	33,3	2	66,7	-	-	3	
AL	117	10,0	843	72,2	207	17,7	1.167	
BA	477	16,6	1.912	66,7	476	16,6	2.865	
CE	343	15,1	1.347	59,2	587	25,8	2.277	
MA	302	9,2	2.520	76,9	454	13,9	3.276	
MG	1.110	25,4	2.039	46,7	1221	27,9	4.370	
MS	398	16,5	1.137	47,3	870	36,2	2.405	
MT	310	22,6	724	52,8	338	24,6	1.372	
PA	261	13,9	1.288	68,8	324	17,3	1.873	
PB	199	14,0	967	68,1	255	17,9	1.421	
PE	482	14,0	2.284	66,2	685	19,8	3.451	
PI	108	8,7	860	69,2	274	22,1	1.242	
RJ	692	30,8	902	40,1	654	29,1	2.248	
RN	297	13,5	1.293	58,8	609	27,7	2.199	
RO	59	12,1	258	53,0	170	34,9	487	
RS	350	25,2	495	35,7	542	39,1	1387	
SE	71	8,6	670	81,1	85	10,3	826	
SP	2.085	35,1	1.603	27,0	2.249	37,9	5.937	
Total	7.661	19,7	21.142	54,5	10.000	25,8	38.803	
							(100%)	

Quanto à idade da clientela estudada na modalidade QP, verifica-se nas três categorias “desempregado”, “empregado na enfermagem” e “empregado em outras ocupações” entre os 17 estados que a média varia de 30 e 41 anos. Esses resultados assemelham-se àqueles obtidos por Girardi (2002) que identificou, para profissionais de saúde (incluindo enfermeiro, auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem), uma média de idade de 37 anos, em 1995, e de 34 a 42 anos, em 2000.

Em função da média de idade encontrada, considera-se que esse conjunto de trabalhadores em processo de profissionalização poderá manter-se inserido no mercado de trabalho por vários anos, justificando, assim, o investimento feito pelo PROFAE enquanto uma Política Pública.

Com relação à escolaridade, para a categoria “desempregado”, observa-se uma distribuição polarizada, na qual 50% da clientela possui o Ensino Médio completo, e, 35,6% apenas a 8^a série do Ensino Fundamental. Isso se repete na categoria “empregado na enfermagem”, na qual 55,1% tem o Ensino Médio completo e 32,3%, a 8^a série. Já no grupo de “empregado em outras ocupações”, o percentual de alunos que concluiu o Ensino Médio é de 63,1%, portanto, superior às demais categorias (Tabelas 4, 5 e 6).

Assim, verifica-se que os empregados (seja na enfermagem como em outras ocupações) apresen-

tam maior nível de escolaridade que os desempregados, indicando que esta variável constitui fator importante para inserção e permanência no emprego.

Os dados sobre escolaridade desse estudo corroboram aqueles apresentados na pesquisa desenvolvida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001), que aponta mudanças significativas no perfil de escolaridade dos empregados em serviços de saúde para o período 1986-1996. Em 1996, identifica uma forte diminuição do peso dos empregos de menor nível de escolaridade (até a 4^a série); um aumento importante da participação dos empregos com Ensino Médio completo, e ainda, um ligeiro crescimento da participação dos empregos de escolaridade superior.

A escolaridade, portanto, vem se constituindo em determinante para melhorar o acesso e a inserção do indivíduo no mercado de trabalho.

Na análise por estado, para o grupo de desempregados e empregados na enfermagem, São Paulo detém o maior percentual de alunos com a 8^a série (54,1% e 58,8%, respectivamente).

Para a categoria “empregado em outras ocupações” há que se destacar novamente São Paulo, sendo o único estado a apresentar percentual inferior a 50% de alunos com Ensino Médio completo. As demais Unidades da Federação exibem percentuais que variam de 56% a 80%.

Tabela 4

Distribuição dos trabalhadores/alunos matriculados no PROFAE, desempregados, modalidade Qualificação Profissional, segundo Unidade da Federação e escolaridade. Brasil, outubro de 2000 a junho de 2002

UF	Escalaridade								Total Nº	
	8ª Série (EF)*		1ª Série (EM)**		2ª Série (EM)**		3ª Série (EM)**			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
AL	36	30,8	6	5,1	9	7,7	66	56,4	117	
BA	122	25,9	30	6,4	38	8,1	281	59,7	471	
CE	97	29,1	8	2,4	16	4,8	212	63,7	333	
MA	77	26,3	18	6,1	15	5,1	183	62,5	293	
MG	392	35,3	79	7,1	80	7,2	558	50,3	1.109	
MS	57	14,8	22	5,7	49	12,7	258	66,8	386	
MT	58	18,9	19	6,2	43	14	187	60,9	307	
PA	62	23,9	29	11,2	24	9,3	144	55,6	259	
PB	66	33,2	9	4,5	8	4	116	58,3	199	
PE	126	26,4	30	6,3	34	7,1	287	60,2	477	
PI	31	28,7	7	6,5	12	11,1	58	53,7	108	
RJ	248	36,1	75	10,9	59	8,6	305	44,4	687	
RN	72	24,7	23	7,9	15	5,2	181	62,2	291	
RO	20	35,7	4	7,1	5	8,9	27	48,2	56	
RS	104	29,7	26	7,4	32	9,1	188	53,7	350	
SE	11	16,2	5	7,4	5	7,4	47	69,1	68	
SP	1.114	54,1	113	5,5	142	6,9	689	33,5	2.058	
Total	2.693	35,6	503	6,6	586	7,7	3.787	50	7.569	
									(100%)	

* EF – Ensino Fundamental

** EM – Ensino Médio

Obs.: dos 7.661 alunos desempregados, 92 não informaram escolaridade.

Tabela 5

Distribuição dos trabalhadores/alunos matriculados no PROFAE, empregados na enfermagem, modalidade Qualificação Profissional, segundo Unidade da Federação e escolaridade. Brasil, outubro de 2000 a junho de 2002.

UF	Escolaridade								Total Nº	
	8ª Série (EF)*		1ª Série (EM)**		2ª Série (EM)**		3ª Série (EM)**			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
AL	253	30,1	67	8	76	9	445	52,9	841	
BA	553	29,1	94	4,9	90	4,7	1.164	61,2	1.901	
CE	462	34,7	38	2,9	109	8,2	721	54,2	1.330	
MA	766	31,2	88	3,6	170	6,9	1.429	58,3	2.453	
MG	856	42	121	5,9	110	5,4	952	46,7	2.039	
MS	103	9,2	46	4,1	113	10,1	852	76,5	1.114	
MT	124	17,4	68	9,5	125	17,5	396	55,5	713	
PA	385	30,3	124	9,8	123	9,7	639	50,3	1.271	
PB	289	30,2	28	2,9	32	3,3	608	63,5	957	
PE	559	24,8	139	6,2	146	6,5	1.406	62,5	2.250	
PI	329	38,3	40	4,7	35	4,1	454	52,9	858	
RJ	349	39,1	75	8,4	74	8,3	394	44,2	892	
RN	310	24	73	5,7	85	6,6	821	63,7	1.289	
RO	112	44,8	22	8,8	16	6,4	100	40	250	
RS	195	39,4	39	7,9	29	5,9	232	46,9	495	
SE	184	28	51	7,8	54	8,2	369	56,1	658	
SP	924	58,8	70	4,5	63	4	515	32,8	1.572	
Total	6.753	32,3	1.183	5,7	1.450	6,9	11.497	55,1	20.883	
									(100%)	

* EF – Ensino Fundamental

** EM – Ensino Médio

Obs.: dos 21.142 trabalhadores/alunos empregados na enfermagem, 259 não informaram a escolaridade.

Tabela 6

Distribuição dos trabalhadores/alunos matriculados no PROFAE, empregados em outras ocupações, modalidade Qualificação Profissional, segundo Unidade da Federação e escolaridade. Brasil, outubro de 2000 a junho de 2002

UF	Escalaridade								Total Nº	
	8ª Série (EF)*		1ª Série (EM)**		2ª Série (EM)**		3ª Série (EM)**			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
AL	39	18,8	16	7,7	20	9,7	132	63,8	207	
BA	59	12,7	24	5,2	24	5,2	356	76,9	463	
CE	142	24,7	15	2,6	31	5,4	387	67,3	575	
MA	96	22,4	9	2,1	18	4,2	305	71,3	428	
MG	343	28,1	67	5,5	65	5,3	746	61,1	1.221	
MS	70	8,3	45	5,3	53	6,3	674	80	842	
MT	43	12,8	26	7,8	29	8,7	237	70,7	335	
PA	61	21	22	7,6	28	9,6	180	61,9	291	
PB	45	17,9	7	2,8	18	7,1	182	72,2	252	
PE	128	18,9	33	4,9	38	5,6	479	70,6	678	
PI	51	18,6	19	3,6	14	5,1	190	69,3	274	
RJ	184	28,8	57	10,7	70	10,9	329	51,4	640	
RN	96	16,2	40	6,7	30	5,1	427	72	593	
RO	46	28,9	15	9,4	9	5,7	89	56	159	
RS	138	25,5	38	7	36	6,6	330	60,9	542	
SE	20	24,7	7	8,6	8	9,9	46	56,8	81	
SP	915	41,6	94	4,3	111	5	1.079	49,1	2.199	
Total	2.476	25,3	534	5,5	602	6,2	6.168	63,1	9.780	
									(100%)	

* EF – Ensino Fundamental

** EM – Ensino Médio

Obs.: dos 10.000 alunos empregados em outras ocupações, 220 não informaram a escolaridade.

Particularmente, para os trabalhadores/alunos PROFAE empregados na área de Enfermagem, buscou-se verificar sua distribuição, segundo natureza jurídica e tipo de serviço de saúde onde trabalham; função exercida e realização de atividades de enfermagem.

De modo geral, para os estados investigados, a inserção desses trabalhadores ocorre predominantemente (78,8%) em serviços públicos de saúde, à exceção de São Paulo, no qual a distribuição é semelhante entre serviço público (55%) e privado (40,8%). Na análise por estado, o percentual de inserção em estabelecimentos públicos varia de 65% a 93%.

Girardi (2002), a partir de informações da Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego de 2000, relata que 55,6% dos empregos de profissionais de saúde encontram-se em estabelecimentos de natureza privada (lucrativos e não-lucrativos) e 44% em estabelecimentos públicos. O mesmo ocorre em relação às categorias de enfermagem, pois 52,15% dos enfermeiros, 62,65% auxiliares e 55% atendentes e visitadores sanitários estão em instituições privadas. Portanto, os resultados obtidos no estudo diferem daqueles de força de trabalho em saúde no País, com uma concentração dos trabalhadores/alunos do PROFAE nos serviços públicos.

Frente a esses dados, levanta-se a hipótese de que nos serviços privados, os trabalhadores sem formação específica na área de Enfermagem estejam encontrando maiores dificuldades para acessar a Qualificação Profissional, enquanto, no setor público, existe maior aderência à política de profissionalização da força de trabalho.

Quanto ao tipo de serviço de saúde em que atuam – ambulatório, hospital e outros (aqui incluídos asilos, laboratórios, clínicas e consultórios particulares, clubes etc.) –, para o

total de Unidades da Federação estudadas, aproximadamente 50% dos trabalhadores/alunos do PROFAE empregados na enfermagem desenvolvem atividades em serviços ambulatoriais.

Em relação aos estados, merecem destaque o Maranhão com percentual superior a 50% de trabalhadores/alunos atuando na área hospitalar, e Pará com 29,2% dos alunos inseridos em outros tipos de serviços.

No que diz respeito a esses resultados, cabem algumas considerações, entre elas: o movimento de ampliação da assistência ambulatorial à saúde, nas últimas décadas, favoreceu e moveu a ampliação de postos de trabalho para a rede básica de atenção, possivelmente carreando trabalhadores da área hospitalar; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família, propostos e incentivados pelo governo federal, também abriram novas frentes de trabalho no âmbito das unidades básicas de saúde; além disso, os conselhos regionais de enfermagem, apoiados na Lei do Exercício Profissional de 1986, têm exercido forte controle e fiscalização junto aos serviços, no sentido de impedir que trabalhadores sem qualificação na área exerçam atividades específicas de enfermagem. Os serviços, por sua vez, têm procurado alocar esses trabalhadores em setores de menor densidade tecnológica, nos quais não necessitem realizar procedimentos técnicos que requerem qualificação específica. No entanto, vale ressaltar que nos serviços ambulatoriais, particularmente na atenção básica, os trabalhadores de enfermagem desenvolvem atividades que requerem competência comunicacional e interativa, além de conhecimentos relacionados à complexidade epidemiológica dos agravos e/ou riscos à saúde da população, visto que esse nível de atenção tem por finalidade evitar a redução de necessidades de saúde a processos fisiopatológicos; valorizar a busca por assistências progressivamente totalizadoras do cuidado produzido, ao invés da

somatória dos atos especializados; e instituir a dimensão subjetiva das práticas em saúde como parte da inovação tecnológica no setor (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

Quanto às informações relativas à função exercida, duas categorias apresentaram maior freqüência, quais sejam, atendente de enfermagem, aproximadamente 52% e, agente de saúde, agente comunitário e agente de saúde pública, 30%. Outras categorias de trabalhadores (18%), embora não possam ser considerados especificamente da área de Enfermagem informaram que desenvolvem atividades nesse campo profissional (Tabela 7).

Esse resultado pode apontar para um possível viés do instrumento – questionário, uma vez que o seu preenchimento é realizado pelo próprio aluno, o qual, por várias

razões (incompreensão acerca do item, desejo de inserir-se a qualquer custo no processo de qualificação, entre outros) registrou incorretamente as informações solicitadas.

Para os estados do Piauí, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, há que se destacar o percentual elevado de outras categorias de trabalhadores sob denominações como atendentes sem outras especificações, auxiliares de serviços gerais e atendentes médicos inseridos nos serviços.

Observa-se, assim, que no período de estudo, os atendentes compõem uma parcela expressiva de trabalhadores atuando na área de Enfermagem nas Unidades da Federação pesquisadas. Quanto aos agentes, os dados apontam que esta categoria vem se mobilizando no sentido de melhorar a sua qualificação técnica por meio da profissionalização.

Tabela 7

Distribuição dos trabalhadores/alunos matriculados no PROFAE e empregados na área de Enfermagem, modalidade Qualificação Profissional, segundo Unidade da Federação e função. Brasil, outubro de 2000 a junho de 2002

UF	Função na Enfermagem						Total Nº	
	Agente*		Atendente de Enfermagem		Outras**			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
AL	167	19,8	550	65,2	126	14,9	843	
BA	270	14,1	1.324	69,2	318	16,6	1.912	
CE	590	43,8	471	35	286	21,2	1.347	
MA	564	22,4	1.570	62,3	386	15,3	2.520	
MG	565	27,7	1.128	55,3	346	17	2.039	
MS	422	37,1	496	43,6	219	19,3	1.137	
MT	326	45	305	42,1	93	12,8	724	
PA	707	54,9	392	30,4	189	14,7	1.288	
PB	389	40,2	418	43,2	160	16,5	967	
PE	500	21,9	1.362	59,6	422	18,5	2.284	
PI	87	10,1	379	44,1	394	45,8	860	
RJ	266	29,5	367	40,7	269	29,8	902	
RN	554	42,8	596	46,1	143	11,1	1.293	
RO	119	46,1	92	35,7	47	18,2	258	
RS	105	21,2	217	43,8	173	34,9	495	
SE	429	64	134	20	107	16	670	
SP	196	12,2	1.083	67,6	324	20,2	1.603	
Total	6.256	29,6	10.884	51,5	4.002	18,9	21.142 (100%)	

* Agente comunitário de saúde, agente de saúde e agente de saúde pública.

** Considerou-se em outras funções: auxiliar de ambulatório, auxiliar de central de material, auxiliar de laboratório, cuidador, maqueiro, parteira, socorrista, vacinador, visitador sanitário e instrumentador etc.

Historicamente, o processo de trabalho dos atendentes nos serviços de saúde contemplava o desempenho das atividades arroladas no questionário. Entretanto, com a vigência da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, a partir de 1986, esperava-se que até 1996, de forma gradativa, por meio de processos de qualificação, essa categoria de trabalhador deixaria de compor o conjunto da força de trabalho em enfermagem, passando a exercer a função de auxiliar de enfermagem e, aqueles que porventura permane-

cessem no mercado, não mais realizariam ações específicas de enfermagem. Para os agentes de saúde, categoria ocupacional inserida na força de trabalho em saúde na década de 90, foram previstas atividades comunitárias como visita domiciliar, orientação, grupos educativos, entre outras.

Entretanto, os dados da Tabela 8 revelam que tal fato não ocorreu, uma vez que 94,7% dos atendentes de enfermagem e 89,9% dos agentes de saúde informaram que realizam alguma atividade de enfermagem.

Tabela 8

Distribuição dos trabalhadores/alunos matriculados no PROFAE empregados na área de Enfermagem, modalidade Qualificação Profissional, segundo Unidade da Federação, realização ou não de alguma atividade de enfermagem e função na enfermagem. Brasil, outubro de 2000 a junho de 2002

UF	Atendente de Enfermagem					Agente				
	Realiza		Não realiza		Total	Realiza		Não realiza		Total
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
AL	537	97,6	13	2,4	550	155	92,8	12	7,2	167
BA	1.295	97,8	29	2,2	1.324	258	95,6	12	4,4	270
CE	449	95,3	22	7,7	471	518	87,8	72	12,2	590
MA	1.516	96,6	54	3,4	1.570	522	92,6	42	7,4	564
MG	1.079	95,7	49	4,3	1.128	509	90,1	56	9,9	565
MS	475	95,8	21	4,2	496	378	89,6	44	10,4	422
MT	289	94,8	16	5,2	305	281	86,2	45	13,8	326
PA	384	98	8	2	392	630	89,1	77	10,9	707
PB	392	93,8	26	6,2	418	357	91,8	32	8,2	389
PE	1.297	95,2	65	4,8	1.362	469	93,8	31	6,2	500
PI	359	94,7	20	5,3	379	83	95,4	4	4,6	87
RJ	341	92,9	26	7,1	367	224	84,2	42	15,8	266
RN	566	95	30	5	596	502	90,6	52	9,4	554
RO	90	97,8	2	2,2	92	105	88,2	14	11,8	119
RS	210	96,8	7	3,2	217	102	97,1	3	2,9	105
SE	131	97,8	3	2,2	134	380	88,6	49	11,4	429
SP	899	83	184	17	1.083	154	78,6	42	21,4	196
Total	10.309	94,7	575	5,3	10.884	5627	89,9	629	10,1	6.256
										(100%)

Buscou-se verificar se no conjunto de atividades assinaladas pelos trabalhadores/alunos do PROFAE estavam contempladas as de inalação, medicação e punção venosa. Consideradas de natureza complexa, tais atividades implicam em riscos e danos à clientela requerendo do executante um conjunto de conhecimentos e habilidades técnico-científicas obtidos por meio de processos de formação e qualificação específicos, os quais poderão assegurar aos serviços de saúde determinados padrões de qualidade.

De modo geral, os atendentes de enfermagem empregados nos serviços de saúde dos estados analisados desempenham as atividades de inalação (58,3%), medicação (66,1%) e punção venosa aproximadamente 50% (Tabela 9).

Quanto à inalação, nos estados do Rio Grande do Norte, São Paulo e Rio de Janeiro, o percentual de atendentes de enfermagem que realiza essa atividade é inferior a 50%, enquanto nos estados de Sergipe, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, 70% executam a atividade.

A medicação também é desenvolvida por um percentual elevado de atendentes na maior parte dos estados (variação de 48,2% a 77,6%), exceção para São Paulo (43,1%).

Em relação à punção venosa, na maioria dos estados, há uma redução no percentual de execução da atividade (variação de 50% a 63%). Em São Paulo, apenas 24,3% realizam a atividade; em outros estados como Ceará, Paraíba, Rio Grande do Norte e Sergipe a variação é de 30% a 40%.

Esses resultados, por um lado, são preocupantes dadas as consequências que o desempenho dessas ações por parte de trabalhadores sem a devida qualificação técnica podem trazer aos usuários dos serviços de saúde, por outro, apontam para a relevância do PROFAE no que tange à melhoria da qualidade do atendimento em saúde.

Para os agentes de saúde, observa-se que em torno de 18% destes trabalhadores realizam as atividades de medicação e inalação e 7% a de punção venosa (Tabela 10).

Na análise por atividade, tem-se que em Minas Gerais, 38,9% e 34% dos agentes realizam inalação e medicação, respectivamente.

Em relação à medicação, além de Minas Gerais, os estados da Bahia, Pernambuco e Rondônia apresentam os maiores percentuais de agentes realizando a atividade.

Chama a atenção o fato desses trabalhadores estar executando, embora em percentuais inferiores àqueles encontrados para os atendentes, atividades de enfermagem de natureza invasiva, as quais exigem qualificação técnica específica, tendo em vista a prevenção de riscos e potenciais danos aos usuários, extrapolando, portanto, aquelas estabelecidas inicialmente para a função.

Tais resultados sinalizam a necessidade de processos de profissionalização para a área de Enfermagem quando se pretende garantir ou mesmo ampliar a qualidade dos serviços de saúde.

Tabela 9

Distribuição dos trabalhadores/alunos matriculados no PROFAE, empregados na enfermagem, na função atendente de enfermagem, modalidade Qualificação Profissional, segundo Unidade da Federação e realização ou não de atividades específicas de enfermagem: inalação, medicação e punção venosa. Brasil, outubro de 2000 a junho de 2002

UF	Atividade de Enfermagem								
	Inalação			Medicação			Punção venosa		
	Realiza	Não realiza	Razão ⁽¹⁾	Realiza	Não realiza	Razão ⁽¹⁾	Realiza	Não realiza	Razão ⁽¹⁾
AL	350	200	63,6	298	252	54,2	273	277	49,6
BA	758	566	57,3	986	338	74,5	791	533	59,7
CE	276	195	58,6	285	186	60,5	158	313	33,5
MA	992	578	63,2	1.218	352	77,6	917	653	58,4
MG	757	371	67,1	859	269	76,2	677	451	60,0
MS	348	148	70,2	367	129	74,0	284	212	57,3
MT	215	90	70,5	208	97	68,2	175	130	57,4
PA	254	138	64,8	302	90	77,0	247	145	63,0
PB	230	188	55,0	253	165	60,5	152	266	36,4
PE	797	565	58,5	882	480	64,8	683	679	50,1
PI	243	136	64,1	241	138	63,6	183	196	48,3
RJ	144	223	39,2	244	123	66,5	175	192	47,7
RN	261	335	43,8	287	309	48,2	236	360	39,6
RO	60	32	65,2	65	27	70,7	47	45	51,1
RS	116	101	53,5	149	68	68,7	108	109	49,8
SE	98	36	73,1	78	56	58,2	50	84	37,3
SP	443	640	40,9	467	616	43,1	263	820	24,3
Total	6.342	4.542	58,3	7.189	3.695	66,1	5.419	5.465	49,8

⁽¹⁾ Razão = (realiza) / (realiza + não realiza) * 100.

Tabela 10

Distribuição dos trabalhadores/alunos matriculados no PROFAE, empregados na enfermagem, na função agente de saúde, modalidade Qualificação Profissional, segundo Unidade da Federação e realização ou não de atividades específicas de enfermagem: inalação, medicação e punção venosa. Brasil, outubro de 2000 a junho de 2002

UF	Atividade de Enfermagem								
	Inalação			Medicação			Punção venosa		
	Realiza	Não realiza	Razão ⁽¹⁾	Realiza	Não realiza	Razão ⁽¹⁾	Realiza	Não realiza	Razão ⁽¹⁾
AL	44	123	26,3	27	140	16,2	18	149	10,8
BA	42	228	15,6	80	190	29,6	35	235	13,0
CE	74	516	12,5	76	514	12,9	10	580	1,7
MA	166	398	29,4	104	460	18,4	49	515	8,7
MG	220	345	38,9	192	373	34,0	69	496	12,2
MS	45	377	10,7	39	383	9,2	15	407	3,6
MT	59	267	18,1	64	262	19,6	17	309	5,2
PA	88	619	12,4	150	557	21,2	91	616	12,9
PB	47	342	12,1	36	353	9,3	24	365	6,2
PE	165	335	33,0	137	363	27,4	46	454	9,2
PI	4	83	4,6	6	81	6,9	1	86	1,1
RJ	26	240	9,8	52	214	19,5	4	262	1,5
RN	21	533	3,8	24	530	4,3	2	552	0,4
RO	22	97	18,5	32	87	26,9	16	103	13,4
RS	5	100	4,8	9	96	8,6	5	100	4,8
SE	83	346	19,3	82	347	19,1	27	402	6,3
SP	16	180	8,2	21	175	10,7	6	190	3,1
Total	1.127	5.129	18,0	1.131	5.125	18,1	435	5.821	7,0

⁽¹⁾ Razão = (realiza) / (realiza + não realiza) * 100.

Considerações finais

O PROFAE, desde 2000, vem qualificando um conjunto de indivíduos em todo território nacional. A análise do perfil dessa clientela, apresentada neste artigo, embora restrita a 17 Unidades da Federação e admitidas as limitações decorrentes da utilização de um questionário como instrumento de coleta de dados, evidencia algumas características pelas quais é possível dimensionar a relevância técnica, social e ética do Projeto na esfera da Política Pública de Recursos Humanos em Saúde.

Os resultados indicam que o PROFAE não se limita ao grupo de trabalhadores de enfermagem inseridos nos serviços de saúde, embora estes representem o maior percentual de alunos, pois contempla também desempregados e trabalhadores de outras áreas.

Tratando-se de um grupo relativamente jovem (média de idade de 30 a 41 anos), é esperado que após a profissionalização permaneçam ainda por longo período no mercado de trabalho, fato este que justifica o investimento. No que se refere às Políticas Públicas, esse resultado aponta para a necessidade de investir continuamente seja na profissionalização seja na educação permanente desses trabalhadores, que ainda se manterão por um período prolongado de anos nos serviços de saúde.

A escolaridade é outro aspecto a ser destacado, uma vez que na maioria dos estados investigados, acima de 50% da clientela matriculada no curso de Qualificação Profissional dispõe do Ensino Médio completo, apontando que talvez existam maiores facilidades para o acesso ao Ensino Médio que à educação profissional. Os resultados também mostram que os trabalhadores/alunos do PROFAE empregados apresentam maior escolaridade do que os desempregados, indicando que a educação profissional associada ao Ensino

Médio completo melhora a empregabilidade dos trabalhadores.

A inserção desses alunos é predominantemente no setor público com distribuição semelhante entre serviços ambulatoriais e serviços hospitalares, sendo que a maioria deles desempenha a função de atendente de enfermagem e/ou agente de saúde. A presença de um número expressivo de agentes de saúde cursando o PROFAE assinala às Políticas Públicas, que um certo contingente desses trabalhadores busca a profissionalização na área de Enfermagem por variadas razões que podem expressar, tanto a identificação com esse trabalho em particular quanto a expectativa e necessidade de melhorar sua inserção no mercado de trabalho, o que se entende legítimo da perspectiva da cidadania.

No exercício cotidiano do trabalho, esses trabalhadores, tanto atendentes de enfermagem como agentes de saúde desenvolvem ações de enfermagem para as quais não reúnem qualificação técnica suficiente e adequada, uma vez que se trata de atividades invasivas e de risco para o usuário. Portanto, os resultados do estudo confirmam a necessidade de investimentos na educação profissional dos trabalhadores de saúde de nível médio.

Na perspectiva da dimensão técnica, verifica-se que para um contingente expressivo de trabalhadores, em particular aqueles empregados na área de Enfermagem sem a devida Qualificação Profissional, criaram-se possibilidades valiosas de profissionalização que sem dúvida trarão implicações na melhoria do atendimento à saúde da população. Do ponto de vista social, o PROFAE amplia mecanismos de inserção e permanência no mercado de trabalho, permitindo novos estatutos profissionais; e quanto ao aspecto ético, o acesso ao conhecimento abre caminhos efetivos à condição de cidadão.

Referências bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Projeto de classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil; manual do pesquisador – Parte I; Orientação para o Trabalho de Campo. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. 93 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde. Sinais de mercado de trabalho do pessoal de enfermagem no Brasil. **Revista Formação**, n. 1, p. 47-72, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Dossiê: mercado de trabalho em enfermagem no Brasil: PROFAE – Programa de Formação de Trabalhadores na Área de Enfermagem.** Brasília: [s. n.], mar. 1999. 130 p. (trab graf.).

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GIRARDI, S. N. Sinais de mercado e regulação institucional do trabalho em saúde nos anos 90. [Brasília]: Ministério da Saúde, 1996. (CGDRH-SUS).

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Mercado de Trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Orgs.). **Recursos Humanos em Saúde:** política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp; IE, 2002.

PEDUZZI, M.; ANSELMI, M. L. Relatório de Pesquisa - Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde. Análise do Perfil da Clientela Matriculada no PROFAE. Brasil, outubro/2000 - junho/2002. Ministério da Saúde / Escola de Enfermagem da USP/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2003.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de

saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto:** programas e ações na unidade básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

SÓRIO, R. E. R. Inovações no campo da gestão de projetos sociais: uma reflexão à luz da experiência do PROFAE. In: CASTRO, J. L. (Org.). **PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 1729.

VELLOZO, V. Intenção, gestos e dinâmicas locais: investigações em aberto. In: CASTRO, J. L. (Org.). **PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 123-148.

Ensino, pesquisa e Formação Profissional na área da Saúde

Teaching, survey and Professional Qualification in the Health Field

Ricardo Burg Ceccim

Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde

O entrevistado Ricardo Burg Ceccim é sanitarista e professor de Educação em Saúde, exerce atualmente o cargo de diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde. Mestre em Educação, com ênfase na Educação em Saúde, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e doutor em Psicologia Clínica, com ênfase na Saúde Coletiva – processos de singularização na cultura e na clínica – pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. O entrevistado exerceu diversas funções de direção junto aos sistemas municipal e estadual de saúde e de educação nas cidades de Porto Alegre e Viamão e no Estado do Rio Grande do Sul, especialmente durante a década de 90.

Ricardo é professor dos cursos de mestrado e doutorado da área de Educação em Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e antes de assumir o cargo no Ministério da Saúde, foi diretor da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Possui artigos e trabalhos, principalmente sobre saúde coletiva e gestão da educação na área da Saúde, publicados em revistas científicas e de informação, de âmbito regional e nacional. É autor de diversos artigos em livros, bem como organizador de publicações no âmbito da atenção integral à saúde.

The interviewee, Ricardo Burg Ceccim, is a Sanitarist and Professor of Education in Health, and is currently the director of the Department of Management in Education in Health, of the Secretariat of Work Management and Education in Health, Ministry of Health. He holds a Master Degree in Education, with focus on Education in Health, by the Federal University of Rio Grande do Sul, and a Doctor Degree in Clinical Psychology, focused on Collective Health – singularization processes in both culture and clinics – by the University *Pontifícia Universidade Católica de São Paulo*. The interviewee took several offices as Director in both Municipal and State systems of health and education in the cities of Porto Alegre and Viamão, as well as in the State of Rio Grande do Sul, mainly along the 1990's. Ricardo is professor of Master and Doctor Degree courses in the field of Education in Health, at the Federal University of Rio Grande do Sul and, previously to taking office in the Ministry of Health, he was the Principal at the Public Health School in Rio Grande do Sul. He wrote several papers and essays, mainly about collective health and education management in the field of Health, which were published in scientific and informative magazines, both at regional and national level. He is the author of several articles in books, as well as the organizer of publications within the scope of full care to health.

Formação – Nos últimos anos, várias iniciativas de formação profissional na área da Saúde foram precedidas ou acompanhadas de processos de pesquisa. Como a pesquisa pode aprimorar os processos de formação?

Ricardo Ceccim – Primeiramente, é preciso que se tenha compreensão sobre as finalidades de uma pesquisa, pois este é um excelente instrumental que pode – e deve – ser utilizado para apoiar os processos de formação profissional na área da Saúde. Uma importante função da pesquisa é a de gerar conhecimento com relevância social aos serviços e ao ensino. O desenho de um projeto de pesquisa e a questão de pesquisa são sempre as preocupações maiores. Para a aprovação de um projeto de pesquisa, deve-se considerar se o seu desenho permitirá, de fato, captar e consolidar informações relevantes e estabelecer desafios de compreensão e ao pensamento. Para que uma pesquisa contribua ao processo de formação profissional, ela precisa introduzir conhecimentos inovadores, reorientar estratégias e métodos, ou informar a ousadia na tomada de decisões, por exemplo. Acredito que as necessidades de mudança na formação – em particular, dos profissionais de saúde –, são muito grandes, apesar das várias iniciativas já em andamento. O fundamental de uma pesquisa, quero reafirmar, é a produção de conhecimento e não a acumulação de informações. As pesquisas de descrição da realidade geram muitas tabelas, mas não conhecimento. Muitas vezes temos que tomar essas pesquisas para que, a partir delas, possamos produzir coletivamente os conhecimentos que elas não revelam, embora registrem e consolidem dados. A acumulação de dados ou o seu tratamento em informação não é produção de conhecimento. Ao associarmos questões ético-políticas de mudança na formação e ao formularmos questões e interpretações de pesquisa, podemos obter o aprimoramento ético-político da formação profissional.

F – Pesquisas contratadas têm sempre o propósito de ajudar o dirigente na tomada de decisão. No caso dos profissionais da área de Saúde, o senhor tem conhecimento de alguma pesquisa qualitativa, especialmente em recursos humanos, que tenha fornecido essa base?

RC – As pesquisas geralmente realizadas na área de Recursos Humanos têm o objetivo de avaliar o mercado de trabalho ou se os profissionais que estão no serviço têm formação adequada ou não. São pesquisas mais simples, no formato quantitativo, como censos ou enquetes. No interesse da formação, geralmente temos pesquisas que avaliam se as pessoas têm ou não habilitação, se estão capacitadas ou não para a função que exercem ou qual a distribuição de pessoal por titulação básica ou especializada. Mesmo nesse tipo de pesquisa, pode-se extrair informações que auxiliam o gestor na tomada de decisão, no sentido de repensar Políticas Públicas na área de Recursos Humanos. Entretanto, muitas pesquisas buscam conhecer o próprio conteúdo ou métodos da formação. Quando se avalia se a formação está sendo adequada às necessidades do Sistema de Saúde ou se pergunta sobre a construção do currículo, quando a pesquisa é sobre a avaliação que o aluno faz do curso, quando se questiona se o curso ou a escola estão integrados ao Sistema de Saúde ou aonde a escola busca informação para construir seu currículo. Esses são exemplos de pesquisa que podem subsidiar gestores de políticas, de escolas, ou de áreas do conhecimento dentro das escolas. Essas pesquisas ainda estão muito concentradas na Educação Superior e muito raramente são relativas à formação de trabalhadores do âmbito da educação técnica em saúde. Também observo que há pouca disseminação desse tipo de pesquisa entre os professores das escolas técnicas de saúde. A própria escola técnica apresenta pouca familiaridade com a pesquisa entre seus alunos e seus professores.

F – Existem, então, pesquisas que podem ser melhor aproveitadas para produzir mudanças na formação profissional?

RC – Um pouco da crítica que se faz às escolas técnicas de saúde é relativa ao baixo investimento na pesquisa e documentação. É necessário que essas escolas adquiram uma cultura de produção de conhecimento e não só de implementação dos cursos. A formação técnica na área de Saúde fica muito descolada da gestão das Políticas Públicas de ensino. De outra parte, também é verdade que a gestão do ensino fica descolada do Sistema de Saúde. Não precisamos de pesquisa para constatar ou conhecer essa realidade, basta conversar com as escolas ou com os alunos, ou com os gestores da área da Saúde. De qualquer modo, precisamos pensar em formatos de pesquisa que busquem dar o máximo de consistência para a mudança na educação técnica e tentar mostrar como a realidade do trabalho está pensando a inserção profissional. Mudar o currículo requer pensar o mundo do trabalho real e o projeto de sociedade para o mundo do trabalho. Costumamos pensar a pesquisa como objeto precípua da universidade e, sem dúvida, essa é uma tarefa dela, mas precisa também ser uma tarefa das escolas técnicas de saúde.

F – Quais são os desafios que o Sistema Único de Saúde (SUS) impõe ao campo da formação profissional em saúde?

RC – Um desafio muito presente é o de considerar a habilitação profissional orientada para as necessidades de saúde, o que significa avaliar que a rede de serviços do sistema de saúde tem que ser competente na atenção às necessidades sociais por saúde. Ela não pode ser apenas a qualificação para a prestação de procedimentos técnicos ou somente a prestação de atividades prescritas pelos seus profissionais técnico-científicos. O Sistema de Saúde tem que se apresentar com capacidade de diálogo com grupos sociais e com os usuários, em que os

trabalhadores, independentemente de escolaridade, exercem protagonismo e autoria. De outro lado, também há necessidade de que as escolas técnicas de saúde ou que os professores do ensino técnico se ocupem com a educação permanente dos profissionais. A escola técnica deve ter compromisso social com o Sistema de Saúde, tem de dispor de mais tecnologia para ampliar e fazer o que não fazia antes, tem de habilitar seus docentes às metodologias ativas, tem de estar disponível para implementar atividades abertas no campo da extensão: seminários, jornadas, simpósios e congressos destinados ao pessoal do Ensino Médio. Também têm de estar organizando programas de ensino que pensem em educação permanente, pois a educação permanente requer o estabelecimento de relações com os serviços e com os gestores do Sistema de Saúde. Enfim, revisar práticas e revisar a própria entrada da pesquisa no ensino.

F – Então, a pesquisa nas escolas técnicas de saúde tem uma função muito maior, que vai além de aprimorar a formação profissional?

RC – Além de aprimorar a formação profissional, a pesquisa tem o papel de ajudar o estudante do ensino técnico a pensar criticamente. A melhor forma de provocar o pensamento é o estímulo à prática de pesquisa ou o estímulo à prática de interrogar regras e certezas. É uma necessidade do SUS, hoje, que as escolas técnicas ensinem seus professores a praticarem a pesquisa, que se financie projetos de pesquisa dentro das escolas técnicas e que se popularize o trabalho de conclusão de disciplina como exercício de crítica e análise, e não apenas provas para medir a acumulação de conhecimentos. A pesquisa ajuda a colocar em evidência, por exemplo, a forma como o futuro profissional se relaciona com o seu campo de conhecimento ou como ele se relaciona com o trabalho em saúde. Nessa relação “escola-necessidade” de formação do SUS, temos que

aperfeiçoar o pensamento e a crítica ou estimulá-los, colocando a escola em condições de educação permanente. Além da relação “aluno-professor-escola”, temos que estimular as próprias escolas a se encontrarem para fazer eventos que tenham como público-alvo o docente, o estudante e o profissional do Ensino Médio. Afinal, pensar a escola técnica não só como uma geradora de títulos ao final de um curso, mas como instituição de formação contínua desse segmento profissional.

F – A formação de nível técnico em saúde é objeto, ainda, de baixa visibilidade no SUS. Além disso, a acumulação institucional das escolas é insuficiente para responder às demandas. Na sua opinião, o que pode ser feito para instituir uma nova perspectiva para a área?

RC – Pensar e construir políticas públicas que contribuam para o fortalecimento das redes de escolas técnicas de saúde, por exemplo. Entretanto, são vários os aspectos de intervenção: modernizar e ampliar o acervo bibliográfico, melhorar a qualidade dos laboratórios, estimular as escolas a ampliarem os seus cenários de formação e qualificar os docentes para metodologias ativas de ensino, pesquisa, extensão e documentação. Seu *modus operandi* deve incorporar novas ações: levar o aluno para o laboratório, para o hospital, para a unidade básica, mas também levar para lugares onde pode estar ocorrendo a construção das mudanças. Como é que o aluno descobre a diversidade cultural? Ele não precisa aprender somente a prestação de procedimentos, então deve visitar múltiplos grupos sociais, comunidades específicas, grupos que têm culturas e modos de viver diferentes, populações indígenas, acampamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, municípios vizinhos entre outros. O aluno e seu professor não podem fazer isso como quem vai prestar procedimentos para uma população mais pobre ou diferente. Eles têm de

experimentar e descobrir que existem outras culturas e outras linguagens para que possam ser profissionais em que o cuidado em saúde seja um cuidado que respeite a diversidade humana e cultural. Outro ponto que entendo crucial é o da oferta diversificada de cursos dentro de cada escola. É como o conceito de universidade: só será universidade aquela instituição de ensino superior que oferecer produção de conhecimento em artes, ciências e filosofia. A escola técnica para ser forte na produção de conhecimento terá que oferecer formação em áreas como saúde bucal, vigilância em saúde, administração, enfermagem, tecnologias etc., prevendo múltiplos momentos coletivos entre alunos e professores como parte de seu currículo.

F – Pode-se dizer que pesquisar a relação com o usuário também faz parte do papel da escola, pois, certamente, vai refletir no ensino?

RC – O que acontece quando um auxiliar de enfermagem está em um grupo de mulheres ou em um grupo de hipertensos ou, ainda, em um grupo de diabéticos? Ele pode estar lá só para medir a pressão ou realizar um ou outro procedimento, conforme o caso. Outra atitude é ele saber o que as pessoas fazem da vida. Por exemplo, quando é que elas acham que a pressão sobe, quando é que elas acham que a pressão normaliza. Isso tem relação com as ocupações profissionais ou com o desemprego? Tem relação com a sexualidade? Tem relação com o lazer? Se o trabalhador de nível médio não é só um técnico de procedimentos, ele tem de conviver com esses lugares onde é possível aprender mais sobre a vida, visitando um bairro, visitando uma escola, acompanhando um grupo de gestantes etc. Além da habilidade para realizar um procedimento, é preciso interação. Ninguém sabe isso sem ser exposto às diversidades, ninguém sabe isso sem ter, em algum momento, desafiado, a si mesmo, a pensar criticamente. Ninguém sabe isso sem

ter sido desafiado a pensar sensivelmente. É necessário estimular a sensibilidade e o contato, não simplesmente ensinar a executar ou prestar atendimento em evidências fisiopatológicas ou nos procedimentos técnicos assistenciais.

F – Essa é uma nova visão voltada para a questão do trabalhador e do trabalho e para o usuário como cidadão de direitos. Esse é um papel da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde?

RC – É papel da Secretaria redesenhar as Políticas Públicas para a educação profissional de nível médio que incluam esses conceitos e essas idéias na formação docente, na produção de conhecimento, na educação permanente e nos esforços por mudança na formação. O que se deseja é que as pessoas que procuram o serviço de saúde sejam muito bem recebidas pelo Sistema de Saúde. Quer-se, também, que o trabalhador que está no serviço de saúde se sinta aliado do usuário. É claro que a equipe da Secretaria vai ter que construir modos para que esse trabalhador estabeleça compromissos com a educação em serviço e com o SUS e seja desafiado a pensar. Se um trabalhador não é convidado para as reuniões técnicas de trabalho ou que é pensado apenas como aquele que vai cumprir a prescrição determinada, como poderemos esperar que ele seja absolutamente competente no cuidado com o usuário? Há uma mudança necessária na formação e outra, no trabalho. O trabalho tem que ser inclusivo. Então, quando afirmamos a necessidade de mudar a formação, sabemos que é imprescindível a mudança no trabalho e nas práticas profissionais. Todas essas vertentes que desembocam na mudança das práticas de formação profissional estão sendo analisadas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A Secretaria está voltada, nesse momento, para a formulação de Políticas Públicas, isto não quer dizer que todas as mudanças serão realizadas a um só tempo, mas

significa que ao apoiar uma escola ou um hospital, ou um evento, por exemplo, será com essas concepções que se vai trabalhar.

F – Os projetos educativos, em geral, são avaliados em diferentes dimensões: objetivos programáticos, gestão dos componentes dos projetos, processo, resultados e impacto. Como o senhor avalia os avanços alcançados no País e no setor da Saúde?

RC – Não tenho disponíveis, no momento, dados objetivos para uma avaliação mais complexa. Houve, com certeza, uma oferta ampliada de cursos, pelo menos na área da Enfermagem. O PROFAE, por exemplo, promoveu um impacto importante com a ampliação da oferta de cursos para a formação de auxiliares e técnicos em enfermagem. O que ainda não avaliamos – eu não tenho acesso completo a essas informações – é se esses profissionais formados permaneceram no SUS ou se eles estão na rede privada. Se a formação repercutiu na empregabilidade e salários, se foram criadas formas de ascensão na carreira e validação do itinerário de formação junto à carreira. Acho que até hoje não se formulou um conceito de itinerário no emprego, correspondente à novidade do itinerário na formação. Portanto, outro aspecto necessário a avaliar – e implementar – é o da reconstrução dos planos de carreira para o pessoal de nível médio. Hoje não existe *up grade* dentro da carreira, pois se o trabalhador faz o concurso para uma habilitação básica, por exemplo, e melhora essa qualificação, ele tem que fazer um ou mais concursos para mudar de categoria profissional dentro da estrutura onde trabalha. Se a formação é itinerária – e a formação profissional hoje trabalha com esta concepção – a pessoa, na verdade, não se afastou da mesma área de trabalho; ela só ampliou a sua habilidade, competências e capacidade responsável. Isto não quer dizer que o conceito em relação ao concurso público aberto para uma determinada

categoria profissional deve ser mudado. Quando a pessoa ingressa nas profissões de nível médio, ela tem que ingressar em um cargo cuja função seja prevista, porque queremos que ao final todas as profissões sejam técnicas ou superiores. O profissional que chegou ao curso técnico, às vezes sai do serviço público porque este não conseguiu produzir a ascensão ocupacional para ele. Se, no setor privado, ele consegue fazer essa mudança de cargo, respondendo por outras atribuições e, consequentemente, percebendo outra remuneração, observaremos a evasão do setor público para o setor privado, mediante um processo de qualificação promovido e custeado pelo setor público. A perda do profissional do serviço público tem um impacto muito negativo porque se evadem justamente os melhores quadros, mas, de outro lado, nos informa da necessidade de mudança na composição da carreira ou do cargo. Acho interessante acrescentar que não há itinerário entre a educação técnica e superior. São dois percursos de formação e não apenas um. O sistema de serviços requer uma massa altamente qualificada de recursos humanos de educação profissional, que precisa de remuneração condizente e excelentes condições de trabalho. O Sistema de Saúde, como um todo, entretanto, precisa também de um corpo técnico-científico perfeitamente compromissado, qualificado e dedicado ao planejamento, gestão e execução superiores e de elevada densidade intelectual, ocupando uma menor proporção dos postos de trabalho.

F – Quais as contribuições que os projetos educativos e suas respectivas avaliações podem trazer para a área de Recursos Humanos em Saúde?

RC – Podemos verificar que existe alguma deficiência, ao considerarmos todo o sistema de avaliação, porque há carência de metodologias de avaliação de processo. É preciso desenvolver metodologias e utilizar tecnologias que resultem na capa-

cidade de avaliar o processo e não apenas o resultado final: o processo de construção de currículos, o processo inteiro da formação profissional ou o percurso do aluno ao longo da formação e não somente a certificação. A certificação de competências profissionais, por exemplo, é apenas um componente da avaliação. Desse ponto de vista, a avaliação é participativa, é somativa. Sabemos que existem sistemas de avaliação estruturados com base em instrumentos que são ainda tecnocráticos. Temos um sistema mais desenvolvido, especialmente na área hospitalar, que é o da acreditação, que envolve uma produção de informações sobre onde existe fragilidade e onde é preciso fortalecer processos, onde existe estagnação e onde é preciso crescer, onde existe incorreção e onde é preciso restaurar, onde existe paralisia e onde é preciso renovar. São as escolas e os professores que devem estar comprometidos com o sistema de avaliação, porque os resultados dizem respeito a eles. O que é hoje todo o sistema de ensino, no final das contas? Escola conceito A, escola conceito B, escola conceito C? Na maioria das vezes, as escolas não trocam informações entre si, com a sociedade e com as Políticas Públicas. É um processo em que se pesquisa as experiências de sucesso para aplicar em escolas que não realizaram essas experiências e, de fato, a troca de experiências recai na busca da homogeneidade institucional. A avaliação deve ser institucional e das condições de ensino, além de envolver o compromisso social das instituições de ensino.

F – Como a articulação ensino-pesquisa está sendo pensada no âmbito da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde? E como a experiência do PROFAE, com o desenvolvimento de pesquisas em serviços, pode contribuir para a construção dessa proposta institucional?

RC – Não há como fazer dissociação entre ensino e pesquisa, quando ambos buscam relevância

social. O ponto-chave dessa questão é pensar a pesquisa dentro do ensino, pois existem duas linhas a serem trabalhadas: a pesquisa que ajuda a aperfeiçoar o ensino e a pesquisa sendo um modo de realizar o ensino. Temos de pesquisar sobre as tecnologias de avaliação, sobre as metodologias de ensino, o mercado de trabalho, o perfil de competência no sistema de trabalho, entre outras necessidades. O PROFAE desenvolveu uma contribuição absolutamente relevante neste sentido, notadamente em todo o processo de discussão sobre o sistema de certificação de competências do auxiliar de enfermagem, no qual fica claro que isso é uma fantástica pesquisa sobre o que é o trabalho desses profissionais na área da Saúde e da Enfermagem, em particular. Um outro eixo de pesquisa importante e necessário se relaciona ao perfil dos docentes. Também o PROFAE vem atuando nessa direção, porque ao fazer a formação docente, está desenvolvendo o encontro entre pesquisa e ensino, e gerando um profissionalismo de maiores competências. O foco, entretanto, para qualificar formação e trabalho, deve ser o da reunião entre pesquisa, ensino, serviço e gestão do Sistema de Saúde, compondo uma aliança com o controle social em saúde. A pesquisa é imprescindível para que possamos enxergar esta concepção abrangente. Muito da articulação que a nossa Secretaria quer está na cooperação entre gestão setorial, formação, atenção e controle social em saúde, em que cada segmento consiga desenvolver capacidade dialógica um com os outros e consiga estabelecer transversalidade das referências um dos outros. A formação, para esclarecer meu entendimento traduz-se em ensino, pesquisa, extensão e desenvolvimento (ação social, crescimento institucional, cooperação técnica, entre outras.) e documentação (registro, análise, publicação, acervo etc.). Veja que “formação”, para mim já contrai ensino e pesquisa, além de contrair extensão e documentação.

Temos a tarefa de discutir “formação”, quem sabe, de uma vez por todas, reconhecendo todos os âmbitos de ensino: educação técnica, de graduação, de pós-graduação em serviço, de pós-graduação acadêmica e mesmo de agentes sociais para a gestão de Políticas Públicas.

Nova gestão em saúde prioriza Recursos Humanos

New management in health prioritizes Human Resources

Gilson Cantarino O' Dwyer

Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

O entrevistado Gilson Cantarino O'Dwyer é o atual presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). É médico pela Universidade Federal Fluminense, com pós-graduação em Psiquiatria Geral e em Psiquiatria Infantil pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Foi Secretário Municipal de Saúde de Niterói por 10 anos. Em 1999, assumiu o cargo de Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro onde permaneceu até abril de 2002, assumindo em seguida a função de Assessor Técnico do CONASS. É Conselheiro do Conselho Nacional de Saúde desde 1994. Assumiu a pasta da Saúde do Estado, em janeiro de 2003.

The interviewee, Gilson Cantarino O'Dwyer is currently de Chairperson to the National Council of Health Secretaries [Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS]. He is a physician graduated by the Universidade Federal Fluminense, with post-graduation in General Psychiatry and Child Psychiatry by the Psychiatric Institute of the Rio de Janeiro Federal University. He held office as Health Secretary to the Municipality of Niterói for 10 years. In 1999, he took office as Rio de Janeiro State Health Secretariat, where he remained until April 2002, further taking office as CONASS Technical Advisor. He has been a Counsellor to the National Health Council since 1994. In January 2003 he was appointed to the State Health office.

Formação – Quais são as expectativas que os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) têm em relação a um processo de qualificação de trabalhadores da saúde, em larga escala, como o do PROFAE?

Gilson Cantarino – A qualificação profissional de trabalhadores da saúde é fundamental para o Sistema de Saúde. Temos identificado claramente inúmeros problemas no sistema em função da ausência de um processo de educação continuada. O profissional se ressente muito da formação e qualificação, porque o trabalho se torna burocratizado no pior sentido da palavra. A prática de trabalho fica repetitiva e automática e não se consegue avaliar o resultado do que é feito e também não são incorporados novos conhecimentos.

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, agora nesse novo Ministério, com o papel de gestor federal do SUS, no que diz respeito à profissionalização e à regulação do trabalho dos profissionais da saúde, foi da maior importância. A Política de Recursos Humanos passa a ser um eixo fundamental e diferenciado, indo muito além de uma mera administração de pessoal, não no sentido pejorativo, mas mera no sentido de que não é só administração de pessoal.

Estamos terminando uma pesquisa na Secretaria de Estado da Saúde que abrange um estudo de todo o perfil de recursos humanos, com o objetivo de, depois, apontar para um processo de estruturação de recursos humanos mais dinâmico, integrando mais a administração pública e, principalmente, ampliando as competências da Secretaria de Estado da Saúde em razão de suas especificidades frente às competências das secretarias estaduais de administração. Em uma boa parte dos estados, é ainda a administração quem domina esse processo. A pesquisa que estamos desenvolvendo teve início em janeiro e, neste momento, está em fase de tabulação. Após a sua conclusão, a idéia é apresentar um projeto ao

Ministério da Saúde contemplando a qualificação das estruturas de recursos humanos nos estados.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) reconhece a importância da questão dos recursos humanos do ponto de vista da formação e da educação continuada. Acredita também que é necessária uma norma que possa regular melhor os recursos humanos. Existe uma proposta de diretrizes consubstancial no documento “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica (NOB/RH-SUS)”, de 2003, que precisa virar, de fato, uma norma para regular melhor a questão de recursos humanos com a valorização do trabalhador e até a participação dele no processo de gestão.

F – Na sua opinião, que outras ações, aliadas à qualificação profissional dos trabalhadores da saúde, são fundamentais para a reorganização dos serviços e para a melhoria da qualidade de atenção à saúde?

GC – Primeiro, temos que promover a desprecarização dos vínculos de trabalho na área da Saúde que hoje assola o País. O trabalhador deve ter acesso a concursos públicos e esta deve ser a forma prioritária de provimento das vagas ofertadas pelos gestores do SUS, por outro lado, deve-se investir na valorização da carreira e ainda construir planos de cargos e salários que promovam, efetivamente, a valorização, o crescimento e o desenvolvimento profissionais.

Hoje, existe uma massa de mão-de-obra no Brasil, até sem qualidade, mas que está atuando na prestação do serviço. Então, o movimento pela desprecarização que a Secretaria vem liderando tem todo o apoio dos secretários estaduais de saúde. Eles têm afirmado – como mostra a Carta de Sergipe, resultado da reunião entre 10 e 12 de julho de 2003 –, a prioridade da discussão das questões referentes à Política de Recursos Humanos para a saúde. Apóiam a constituição das mesas de negociação como fórum privilegiado desses

debates em todos os níveis da gestão do SUS.

É preciso envolver mais as instituições acadêmicas nesse processo, mas quando eu digo que tem que envolver a instituição acadêmica não é trabalhar com uma demanda gerada pela academia, mas a academia trabalhar com as demandas geradas pelo serviço. Defendo, por exemplo, que os pólos de capacitação do Programa Saúde da Família, agora sendo transformados em pólos de educação permanente, sejam coordenados pelo estado em conjunto com os municípios, para que as academias possam prover as necessidades do serviço.

A tecnologia nessa área de Recursos Humanos ainda é pouco utilizada, até por questões de recursos. Com a dimensão do Brasil, poderiam ser usados sistemas de teleconferências para alcançar um município do interior, criar uma grade de programação a partir da capital do estado, mas levando em conta as necessidades locais. A incorporação mais intensa do desenvolvimento tecnológico seria muito favorável para o aprimoramento de uma Política de Recursos Humanos. Sabemos que o SUS tem um novo paradigma. Mas o perfil do profissional que sai da universidade ainda não corresponde aos princípios do atendimento integral. Embora tenha ocorrido avanços na formação, ainda se valoriza pouco a abordagem mais integral da pessoa. E tem um outro aspecto, que é o controle social, que deve ser uma parte permanente desse processo enquanto formulação de políticas e acompanhamento da execução e fiscalização dos recursos.

F – A pesquisa de impacto do PROFAE foi bastante divulgada nos meios acadêmicos, mas ainda merece um espaço de discussão entre os gestores do SUS. O que o senhor sugere para que esses resultados façam parte da agenda desses gestores?

GC – Não conheço ainda os resultados dessa pesquisa e os

caminhos para aonde ela aponta. Acredito que, em primeiro lugar, ela deve ser estruturada de modo que as suas conclusões possam ser apresentadas em um espaço de discussão como a Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conass, que é formada pelo responsável pela área de recursos humanos de cada estado. Assim, o Conass já tem uma instância que homogeneiza a informação, discute experiências, portanto, promove troca. Então, o Conselho tem hoje uma posição bastante sensível para atuar na questão de recursos humanos na medida em que temos um fórum permanente que reúne estudiosos, especialistas e gestores.

Independente dessa apresentação, secretários estaduais e municipais devem tomar conhecimento desses resultados, pois se constituem em indicadores importantes da atuação da sua força de trabalho nas unidades de saúde. Os instrumentos de avaliação são extremamente necessários para que possam interagir, constantemente, nos processos de gestão não só na área de Recursos Humanos como em outras áreas. Existe, na verdade, uma carência de instrumentos de avaliação mais dinâmicos que pudessem avaliar os processos de trabalho permanentemente, antes e depois do fato. Isto forneceria elementos para uma alimentação gerencial que facilitaria a tomada de decisão, auxiliaria na correção de rumos e, até, permitiria inserir atividades inovadoras, o que certamente geraria mudanças na realidade dos serviços de saúde.

F – Quais elementos o senhor julga necessário para a implementação de propostas que visem à promoção de mudanças nas práticas dos profissionais de saúde e para a implantação de Políticas Públicas de Educação Permanente em Saúde, que devem ser discutidas pelos segmentos como a gestão, os serviços, os aparelhos formadores e o controle social?

GC – Vejo essa possibilidade apenas quando você trabalha processo de educação permanente em cima dos resultados que se têm do Sistema de

Saúde. Para isso, você tem que estar acompanhando permanentemente os mais diversos indicadores e estar construindo e revendo cenários. Por exemplo, em que cenário é preciso melhorar, quais as condições e os instrumentos para alcançar essa melhoria? O Conselho defende a responsabilidade inerente do gestor municipal pela organização e operacionalização da atenção primária, mas entende como da esfera estadual as macrofunções de formulação da política, de planejamento, de co-financiamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de Recursos Humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual. Cabe ao gestor questionar: *como está a minha mortalidade materna? Como está a minha mortalidade neonatal por causas evitáveis? Como está a minha captação de pacientes com hanseníase? Como está a qualificação dos meus trabalhadores?* São situações que exemplificam como é imprescindível o cruzamento de informações e cenários, constantemente, para poder melhorar, inclusive, a qualificação da equipe de saúde. Por isto, defendo que isso tudo deva ser uma corrente em que vários profissionais e setores estarão envolvidos desde o pólo de educação permanente à equipe que está no serviço de saúde, contando com o envolvimento da Secretaria do Estado, o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde de cada estado.

Todavia, eu defendo que o gestor condutor desse processo tem que ser o estado, para que ele atinja o coletivo de municípios do estado, para que haja uma formulação de política adequada em cada estado. O grande desafio, como aparelho do estado, é reduzir desigualdades. E reduzir desigualdades não é só na assistência. É desigualdade no acesso à informação, desigualdade na oportunidade de um processo de educação permanente. É fundamental um diagnóstico permanente e global para traçar estratégias de acordo com

o que é prioritário. O gestor tem indicadores de saúde que permitem perfeitamente avaliar qual é a qualidade do seu serviço, dessa maneira pode-se avaliar o que se pode evitar de agravos. Então, se o estado identifica qual o percentual de agravos que poderia ser evitado, ele pode conduzir melhor os processos de qualificação. Um exemplo típico: pessoas portadoras de doenças crônicas exigem um trabalho de acompanhamento, logo é importante a verificação se o paciente abandonou o tratamento; a equipe tem que atuar fazendo uma busca ativa das pessoas que o abandonam. Nesse caso, como em inúmeros outros, você tem como oferecer, de uma maneira concreta, um processo de educação permanente que se coadune com aquilo que você quer reverter, enquanto perfil epidemiológico, que você pode melhorar. É claro que nesse contexto são definidas estratégias, prioridades. Também é preciso trabalho integrado, dinâmico e reconhecido.

F – O que é importante considerar para promover a articulação e a pactuação entre gestores, instituições formadoras, serviços e controle social, com o objetivo de promover mudanças nas práticas do Sistema de Saúde como um todo?

GC – O controle social é um conceito importante. Os secretários estaduais de saúde ressaltam, na Carta de Sergipe, como fundamental o controle social exercido por meio dos conselhos de saúde. Manifestam, contudo, sua preocupação com a necessária observância das distintas atribuições, responsabilidades e prerrogativas tanto das instâncias intergestoras quanto dos conselhos, evitando-se conflitos de competências. É um grande desafio, porque a articulação não é a palavra-chave, a palavra é processo. A articulação não é o forte do profissional brasileiro. Na verdade, você tem um processo de trabalho que é muito estanque. O da saúde é estanque, o da educação é estanque, o da ação social é também estanque. A articulação entre academia e serviço avançou muito, mas

eu me lembro, na década de 70, que as primeiras experiências de integração assistencial eram marginalizadas dentro da academia. O aprendizado na área da Saúde só era considerado bom quando se dava no serviço que a academia oferecia, que era no hospital universitário etc. O problema é desafiador, porque passa por uma vontade política. O Ministério da Saúde tem essa capacidade – até pela natureza dele, pelo processo de financiamento que ele detém –, de criar prioridades para o País e de ser um provocador de mudanças de práticas. Se há uma decisão política de mudar práticas, o Ministério tem como estimular essa mudança. E se ele estimula, começam a aparecer os resultados que não serão a curto prazo, mas a médio e a longo prazos.

