

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LIEGE MACHADO BRUM

**A pedagogia da roda como dispositivo de educação
permanente em enfermagem e a construção da
integralidade do cuidado no contexto hospitalar**

Porto Alegre

2009

LIEGE MACHADO BRUM

**A pedagogia da roda como dispositivo de educação
permanente em enfermagem e a construção da
integralidade do cuidado no contexto hospitalar**

**Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.**

**Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dora Lúcia Leidens
Corrêa de Oliveira.**

Porto Alegre

2009

B893p Brum, Liege Machado

A pedagogia da roda como dispositivo de educação permanente em enfermagem e a construção da integralidade do cuidado no contexto hospitalar – [manuscrito] / Liege Machado Brum; orient. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira. – Porto Alegre, 2009.

132 f. : il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009.

Orientação: Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

Inclui resumos em: português, espanhol e inglês.

1. Educação em saúde 2. Atenção à saúde 3. Pessoal de saúde I. Oliveira, Dora Lúcia Leidens Corrêa de II. Título

NLM: W18

Bibliotecário responsável: Rubens da Costa Silva Filho –

CRB10/1761

LIEGE MACHADO BRUM

A PEDAGOGIA DA RODA COMO DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM E A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO CONTEXTO HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ____ / ____ / ____

Nome e assinatura da Banca Examinadora

Profa. Dra. Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira: Dora Lucia de Oliveira
Presidente – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Marina Peduzzi: Marina Peduzzi
Membro – USP

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim: Ricardo Burg Ceccim
Membro - PPGEDU/UFRGS

Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse: Maria Henriqueta Luce Kruse
Membro – PPGENF/UFRGS

*A educação é um processo social, é desenvolvimento.
Não é preparo para vida, é a própria vida.*

John Dewey

AGRADECIMENTOS

À **Deus** em primeiro lugar, por me acompanhar nesta caminhada na busca de ideais e na concretização de mais um sonho

À minha orientadora **Dora Lúcia Oliveira**, obrigado pelos inúmeros conhecimentos e reflexões compartilhados, mas, sobretudo, pela amizade, pelo apoio e por acreditar no meu potencial. Esta convivência intensa entre trabalho e educação me fez admirá-la mais como profissional e como pessoa. Sem palavras para expressar meu agradecimento.

Ao meu amor, **Valdo Rojani**, que incansável, me apoiou em todos os momentos desta jornada, sempre perto, a tua presença nos momentos difíceis foi um porto seguro. Te amo.

À minha mãe, **Zetilde**, onde você estiver, sei que olha por mim, e me acompanha com o carinho de toda a vida.

Ao meu pai, **Amaury**, por tudo que sempre representou em minha vida, exemplo de vida e de humanidade.

À minha mana querida, **Denise**, e ao **Albert** que mesmo longe, se preocupavam comigo e me davam forças para superar os dias mais difíceis. Amo vocês.

Ao meu mano **Leone** e a **Enir**, ao sobrinho- filho **Mateus** e à **Carol**, à sobrinha- filha **Michele** e ao **Álvaro** e à **Mariana**, linda, que veio trazer mais luz a nossa família. Obrigado pelo amor e por vocês existirem e fazerem parte da minha vida.

À **Júlia**, filha do coração, quantas conversas foram interrompidas pelos meus estudos. Obrigado por passar a fazer parte da minha vida e pela arte final da dissertação.

Às minhas amigas do coração **Miriam** e **Janir**, pelo carinho de sempre.

À **Liana**, por cuidar da minha casa com tanto zelo neste período.

Às colegas da ETE, **Maria Lúcia, Miriam, Denise, Giovana, Fernanda, Rejane, Myrna, Beth, Carem, Maria Luiza e Lílian**, obrigada por me compreenderem e me apoiarem e especialmente a **Andréa** por compartilhar todos os momentos desta caminhada, na ETE e no mestrado – amiga para todas as horas, a tua ajuda foi valiosa.

Aos meus colegas do mestrado, **Deise, Rosane, Daniel** e especialmente a **Cynthia**, foi muito bom poder compartilhar os muitos momentos bons desta nossa caminhada e também os mais difíceis.

Ao Professor **Ricardo Ceccim**, pela atenção e pelo apoio marcante em minha trajetória no mestrado

À professora **Maria Henriqueta Kruse**, por apoiar e estar junto aos trabalhadores- estudantes do hospital.

À professora **Marina Peduzzi**, importante liderança na educação e no trabalho da enfermagem

RESUMO

A pesquisa buscou conhecer o potencial da Educação Permanente (EP) na promoção da integralidade do cuidado no âmbito hospitalar, com base na análise das possibilidades e limites do uso da Pedagogia da Roda, como dispositivo para ações de educação permanente de equipes de enfermagem de um Hospital Universitário, do estado do Rio Grande do Sul. Um pressuposto central da EP, utilizado na pesquisa, é que a reflexão sobre as práticas em saúde, espaço de aprendizagem no e para o trabalho, se constitui em importante estratégia para a aproximação destas aos princípios do SUS. O estudo, de cunho qualitativo, do tipo exploratório-descritivo, foi desenvolvido a partir da experiência de uma equipe de enfermagem dessa instituição em um Projeto denominado “Rodadas de Conversa sobre o Trabalho em Saúde”. As “Rodadas” pautaram-se pela reflexão sobre o processo de trabalho da equipe, propondo a análise e a intervenção dos trabalhadores nos problemas do seu cotidiano. A coleta das informações deu-se por meio de grupos focais, organizados com os componentes dessa equipe, em todos os turnos de trabalho, num total de 24 sujeitos. As informações foram analisadas sob perspectiva da análise de conteúdo. Os resultados obtidos sugerem que a Pedagogia da Roda oportuniza a ampliação dos espaços de escuta e reflexão dialógica no trabalho da enfermagem, tendo potencial para promover o (re)posicionamento do trabalhador como protagonista dos processos de mudança de suas práticas na direção da integralidade do cuidado. O principal limite da Pedagogia da Roda, dispositivo de EP para a promoção da integralidade do cuidado no contexto estudado, foi a dificuldade da equipe para modificar processos de trabalho até então instituídos em uma lógica que sobrepõe os valores técnicos aos valores humanísticos do cuidado. Concluiu-se, a partir disso, que a criação de espaços educativos, que se articulem aos processos de trabalho, possibilita a co-responsabilização pelo cuidado prestado, a ampliação da autonomia de sujeitos e coletivos para realizarem as mudanças necessárias na melhoria da qualidade do cuidado e, ainda, a aproximação das práticas dos trabalhadores à atenção integral em saúde no contexto hospitalar.

Descritores: Educação em Saúde, Educação Continuada. Atenção à Saúde. Enfermagem. Prática Profissional. Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

This research has enabled us to acknowledge the potential of Permanent Education (PE) to foster care integrality in the hospital environment, based on the analysis of possibilities and limitations of the use of “Roda” Pedagogy as a device for actions of permanent education of nursing teams in a university hospital in Rio Grande do Sul. A central presupposition of PE that has been used in this research is that reflection on health practices, a learning spot both in and for work, is an important strategy to approximate them to SUS principles. This qualitative, exploratory-descriptive study has been developed from the experience of a nursing team in the institution mentioned, in a project called “Rounds of Conversation about Health Work”. The “rounds” were centered on the reflection on the team’s work process, proposing the analysis of and intervention in daily problems by the team members. Information was collected through the focus group approach. The group was composed of 24 subjects, all of them belonging to the same team, and from all of the work shifts. Information has been analyzed according to the content analysis perspective. Results have suggested that “Roda” Pedagogy” allows for the widening of spaces for hearing and dialogical reflection in nursing work, with a potential to foster the (re)positioning of workers as protagonist of the process of changing their practices, aiming at care integrality. The main limitation of “Roda” Pedagogy, a PE device to foster care integrality in the context considered, has been the difficulty the team has had to change work processes that have been instituted in a logic in which technical values overlap humanistic care values. We have concluded that the creation of educative spaces articulated with work processes allows for co-responsibility for care provided, widening of autonomy in both the individual and collective levels so as to carry on the changes that are necessary to improve care quality, and approximation of workers’ practices to integral attention in health in the hospital environment.

Key Words: Health Education, Continued Education, Health Attention, Nursing, Professional Practice, Health Workers.

RESUMEN

La pesquisa buscó conocer el potencial de la Educación Permanente (EP) en la promoción de la integración del cuidado en el ámbito hospitalario, con base en el análisis de las posibilidades y límites del uso de la Pedagogía de la Rueda como dispositivo para acciones de educación permanente de equipos de enfermería de un Hospital Universitario del estado de Rio Grande del Sur. Un presupuesto central de la EP, utilizado en la pesquisa es que la reflexión sobre las prácticas en salud, espacio de aprendizaje en él y para el trabajo, se constituye en importante estrategia para la aproximación de estas a los principios del "SUS" (sistema único de salud). El estudio, de cuño cualitativo, fue desarrollado a partir de la experiencia un equipo de enfermería de esta institución en un Proyecto denominado "Rodadas de Conversa sobre o Trabalho em Saúde". (Rodadas de conversa sobre el trabajo en salud) Las "Rodadas" se pautaron por la reflexión sobre el proceso de trabajo del equipo, proponiendo el análisis y la intervención de los trabajadores en los problemas de su cotidiano. La colecta de las informaciones se dio por medio de grupos focales organizado con los componentes de ese equipo, en todos los turnos de trabajo, totalizando 24 sujetos. Las informaciones fueron analizadas bajo la perspectiva de análisis de contenido. Los resultados obtenidos sugieren que la Pedagogía de la Rueda posibilita la ampliación de los espacios de escucha y reflexión dialógica en el trabajo de la enfermería teniendo potencial de promover el (re) posicionamiento del trabajador como protagonista de los procesos de cambios de sus prácticas en la dirección de la integralidad del cuidado. El principal límite de la Pedagogía de Rueda, dispositivo de EP para la promoción de la integralidad del cuidado en el contexto estudiado fue la dificultad del equipo para modificar los procesos de trabajo hasta entonces instituidos en la lógica que sobrepone los valores técnicos a los valores humanísticos del cuidado. Se concluyó a partir de eso que la creación de espacios educativos que se articulen a los procesos de trabajo posibilita la corresponsabilidad por el cuidado prestado, la ampliación de la autonomía de sujetos y colectivos en los procesos de cambio necesarios para la mejoría de la calidad del cuidado y, todavía, la aproximación de las prácticas de los trabajadores a la atención integral en salud en el contexto hospitalario.

Descriptor: Educación en Salud, Educación Continuada, Atención a la Salud, Enfermería, Práctica Profesional, Personal de Salud

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diagrama

Figura 2 – Equipe de enfermagem da Unidade “X”

Figura 3 – Constituição dos grupos focais

Figura 4 – Critérios para participação na pesquisa

Figura 5 – Características dos participantes da pesquisa

Figura 6 – Categorias e subcategorias

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EC – Educação Continuada

EP – Educação Permanente

EPS – Educação Permanente em Saúde

ES – Educação em Serviço

PEC – Programa de Educação Continuada

PEPE – Programa de Educação Permanente

PEPS – Política de Educação Permanente em Saúde

PPES – Projeto Piloto de Educação em Serviço

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS E QUESTÕES NORTEADORAS	21
3 CONSTRUINDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	22
3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE: UMA PROPOSTA PARA A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE.....	22
3.2 A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE	32
3.3 A PEDAGOGIA DA RODA COMO DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	36
4 CAMINHOS PERCORRIDOS NO PROCESSO DE PESQUISA	50
4.1 TIPO DO ESTUDO	50
4.2 O CONTEXTO DO ESTUDO	51
4.3 OS SUJEITOS DO ESTUDO	54
4.4 A CONSTITUIÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS E A COLETA DAS INFORMAÇÕES	57
4.5 A ANÁLISE E A INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPARTILHADAS	61
4.6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS	62
5 A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE: SABERES E FAZERES DA ENFERMAGEM HOSPITALAR NA RODA	63
5.1 A REINVENÇÃO DA RODA: CAMINHO PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ENFERMAGEM	67
5.1.1 <i>É muito melhor conversar, sentar na roda e discutir – ampliando os espaços pedagógicos</i>	68
5.1.2 <i>A gente não está aqui para aceitar tudo, a gente precisa entender as coisas – aprendizagem significativa no trabalho</i>	79

5.1 A EDUCAÇÃO PERMANENTE: POTÊNCIA PARA A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ENFERMAGEM	88
5.2.1 <i>É aquela relação do cuidado, de tu trocar, te colocar no lugar do outro - valorizando o cuidado e criando possibilidades de integralidade</i>	90
5.2.2 <i>Porque a gente não vai conseguir mudar toda a unidade, todo o hospital, mas o próprio grupo pode melhorar – limites para integralidade</i>	104
6 REFLEXÕES SOBRE A TRAJETORIA: VIVÊNCIAS DE APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA NA RODA E A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NO HOSPITAL	110
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICE A – Convite e seleção dos sujeitos da pesquisa	126
APÊNDICE B – Agenda dos Grupos Focais	127
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	130
APÊNDICE D – Questionário aplicado aos sujeitos da pesquisa	131
ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de ética em Pesquisa	132

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, as décadas de 80 e 90 foram marcadas por intensas transformações nas políticas de saúde e por desafios impostos pela construção e pelos avanços do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir da implantação do SUS e da reforma cultural, ética e política que a acompanhou, vivenciamos um contexto particular de garantia da saúde como um direito de cidadania, representado na atenção à saúde pela conformação das suas práticas por meio da aposta na escuta, cuidado e afirmação da vida (CECCIM *et al.*, 2007).

Os princípios e diretrizes do SUS sustentam a dimensão macropolítica ou político-institucional de proteção à saúde, enquanto que as experiências singulares de cuidado, marcadas pelo encontro de sujeitos e pelos tensionamentos do cotidiano das práticas dos trabalhadores dessa área, integram sua dimensão micropolítica ou dos processos de trabalho (MERHY, 2007).

A legitimação do SUS, traduzida como forte relação entre saúde e cidadania, traz o reconhecimento de um conceito ampliado de saúde como qualidade de vida e expressão do trabalho individual e coletivo, no sentido da superação da concepção de saúde como ausência de doenças. Nessa concepção, o processo de construção da saúde tem conexão direta com o social e reforça a autonomia dos sujeitos em relação a sua própria saúde.

Do mesmo modo, o SUS passa a exigir políticas referentes aos recursos humanos capazes de implementar as mudanças necessárias ao sistema, uma vez que são os trabalhadores da saúde os atores principais nesse processo de transformação. Assim, a esse novo conceito de saúde impõe-se um entendimento correspondente de educação, a fim de formar quadros profissionais adequados às propostas do SUS e de elevar os padrões de cidadania. Tal educação requer um processo de construção coletiva de saberes e significados, advindos das próprias experiências do viver, da alternância de posições na relação entre educador e educando e dos enfrentamentos criativos que constituem essas vivências.

Refletir ético-politicamente a educação e as práticas de saúde no cotidiano do trabalho constitui uma forma de aproximação dessas práticas aos princípios do SUS (MERHY, 2005).

Nesse contexto, a integralidade, um princípio do SUS, pode servir como eixo orientador das ações educativas, informando e construindo práticas de saúde que articulem serviços, trabalhadores e população. A importância dessa noção de integralidade tem a ver com a necessidade de ampliação da capacidade dos trabalhadores de saúde de se estruturarem no sentido de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde de indivíduos e coletivos. Ela pode, então, se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde (MATTOS, 2006; PINHEIRO, 2006).

Assim, torna-se relevante o exercício da reflexão crítica para superar a concepção de educação para o trabalho em saúde apenas como transferência de conhecimento. Tal pressuposto nos remete às ideias de Freire para quem a prática crítica envolve a dialética entre o fazer e o pensar sobre o fazer, sendo que o momento fundamental é o da reflexão crítica sobre a prática. Assim, quanto mais me reconheço nesse fazer e percebo as razões do meu agir, mais me torno capaz de transformar minha prática. Esses saberes precisam ser aprendidos e vividos a fim de criar possibilidades para a sua própria construção (FREIRE, 2006). Dessa forma, o sujeito se constitui pelas escolhas que se impõem no cotidiano de suas práticas e pelos saberes, construídos historicamente em seu contexto social.

Para acompanhar essa mudança de critérios e valores, no que se refere aos conhecimentos, às práticas e ao saber-fazer, torna-se necessário fortalecer o trabalho em equipe, a humanização do cuidado e os processos dialógicos entre os distintos saberes formais e não formais (CECCIM, 2007a). Além disso, o ambiente de trabalho precisa ser reconhecido como um campo rico de aprendizagens, construídas por meio das experiências do cotidiano, que informam e (re)constróem a todo tempo novas formas de agir em saúde. O desafio, então, se constitui em compreender como os sujeitos e as equipes constroem suas práticas de saúde a partir dessas aprendizagens, no sentido da

interação, da implicação e do compromisso com a produção do cuidado integral em saúde (MERHY, 2005).

No contexto dos hospitais, pautar as práticas de saúde segundo a lógica da integralidade se constitui num grande desafio. O cuidado é necessariamente multidisciplinar e, portanto, depende da conjugação de múltiplos saberes e fazeres de vários trabalhadores. Apesar dessa diversidade, mecanismos de dominação permanecem instituídos de forma assimétrica nesse ambiente, de modo que a hegemonia médica predomina sobre a prática dos outros trabalhadores da equipe, e a valorização do biológico, das tecnologias e das especialidades tende a se sobrepor a todos os outros valores do cuidado (CECILIO; MERHY, 2007).

A maior ou menor integralidade desse cuidado resulta da forma de integração entre tecnologia e humanização e da articulação das práticas educativas e de saúde dos trabalhadores do hospital. Os espaços de interseção entre ensino e serviço são *locus* privilegiados para a consolidação da integralidade, mas, ao mesmo tempo, são espaços de conflito e de tensionamentos que envolvem as relações entre os trabalhadores e também aquelas que se estabelecem entre usuários e trabalhadores (CECILIO; MERHY, 2007).

Apesar dos avanços das políticas de educação e de saúde, as instituições de saúde, particularmente as hospitalares, vêm usualmente reproduzindo, nos seus programas de Educação Continuada (EC), práticas educativas, desenvolvidas segundo o paradigma tradicional de educação em saúde. Tal paradigma se encontra embasado em um referencial de educação que tem pouca proximidade com os princípios do SUS e com as demandas de saúde da população (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A EC realizada em hospitais tem sido frequentemente orientada pelo princípio de que o conhecimento define as práticas – melhorias na forma como se está trabalhando devem advir da ampliação no nível de conhecimento. O objetivo dessas ações educativas é a atualização de conhecimentos específicos, proposta de modo descendente, ou seja, o gestor determina o que está faltando para os trabalhadores aprimorarem suas práticas. Tais ações se caracterizam por serem

pontuais e fragmentadas, se concretizando, na prática, por meio de cursos e capacitações.

Numa perspectiva transformadora das práticas de saúde e na tentativa de aproximação das mesmas aos princípios do SUS, o Ministério da Saúde, com o objetivo de articular a educação com o mundo do trabalho de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar, instituiu, por meio da Portaria N° 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2004).

O conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como pressuposto a aprendizagem significativa, que promove e produz sentido, na qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das práticas de saúde. Desse modo, é uma forma de educação que promove mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Na lógica da Educação Permanente (EP), a ação de educar extrapola o foco do conhecimento técnico-científico e não se faz sem escuta ou sem diálogo. Essa nova forma de entender a educação dos trabalhadores evidencia um período de transição de concepções e de valores no desenvolvimento das práticas de saúde.

Essa mudança, da EC para a EP, passa por períodos de transição até se efetivar no cotidiano, uma vez que está diretamente relacionada com a gestão, a formação e a educação dos trabalhadores de saúde que podem assumir novos referenciais em suas práticas, sem, entretanto, deixar para trás os paradigmas anteriores.

Assim como outros autores, Ceccim (2005a), Merhy (2005) e Rovere (2005) entendem que a forma como são desenvolvidos os investimentos na educação dos trabalhadores da saúde pode significar um diferencial nos modos de cuidar, o que implica afirmar que, para transformar as práticas de saúde, aproximando-as do que reconhecemos como cuidado integral, torna-se necessário promover iguais transformações na educação dos cuidadores.

Após um longo período atuando numa lógica centrada na capacitação técnico-científica, realizada por meio de cursos, fui compreendendo que essa

forma descontextualizada, ou seja, à margem do cotidiano do trabalho, apesar de atualizar conhecimentos, não promove as mudanças almejadas na atenção à saúde, no que se refere à melhoria da qualidade do cuidado.

Da mesma forma, fui percebendo que capacitações transmissivas, propostas verticalmente, não estimulavam atitudes críticas e criativas nos trabalhadores que dela participavam. Assim, não promoviam o compartilhamento de saberes entre as equipes de cuidado, o que impossibilitava a reflexão e a transformação das práticas, não atingindo, portanto, os objetivos esperados.

Ao refletir sobre minha própria prática educativa, percebi que os limites da educação de trabalhadores, realizada nessa ótica, tem a ver, principalmente, com a pouca valorização que ela confere à problematização dos processos de trabalho e, conseqüentemente, com a redução da viabilidade de uma aprendizagem significativa, do protagonismo e da aproximação dessas práticas ao cuidado integral em saúde.

Na busca pela superação das práticas tradicionais e por um embasamento teórico que tivesse o potencial para responder as minhas críticas, acabei conhecendo os pressupostos da EPS, uma proposta inovadora no campo da educação no trabalho.

Recentemente, tive a oportunidade de me aproximar mais dessa proposta por meio de um projeto que envolveu a educação dos trabalhadores de enfermagem da instituição hospitalar onde atuo. Essa vivência tem me possibilitado perceber a importância da EPS para a transformação das práticas das equipes de enfermagem, hoje carentes de reflexão sobre suas práticas e com dificuldade para modificar padrões cuidadores instituídos.

A partir das reflexões resultantes das experiências educativas vivenciadas e da aproximação com os referenciais da EPS e da Integralidade, decidi delinear um projeto de pesquisa que produzisse conhecimento sobre a educação dos trabalhadores de enfermagem do hospital onde trabalho. A instituição em questão pertence à rede de hospitais do Ministério da Educação, vinculando-se academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e tendo como política institucional a integração entre assistência, ensino e pesquisa. Para a efetivação dessa política, a educação dos trabalhadores de enfermagem vinha

sendo realizada de acordo com a tradicional abordagem da EC, a partir do pressuposto de que cursos e capacitações pontuais influenciam linear e positivamente na melhoria do cuidado prestado.

Mudanças políticas, instituídas no hospital a partir de 2005, estabeleceram uma forma de gestão mais participativa e um investimento, por parte da coordenação de enfermagem, em propostas de educação para os trabalhadores que superassem o paradigma biomédico e promovessem uma reflexão sobre os processos de trabalho.

Nesse contexto de transição, foram iniciados investimentos em ações educativas inovadoras, dirigidas às equipes de enfermagem, pautadas nos pressupostos da EPS. Um dos principais investimentos foi o desenvolvimento de um Projeto Piloto de Educação em Serviço (PPES), campo de estudo desse projeto de pesquisa. O destaque para “em serviço” deveu-se ao fato de o projeto circunscrever-se às experiências cotidianas de trabalho, tanto com relação aos saberes da educação pretendida, quanto as suas estratégias educativas. Dessa forma, haveria um movimento que tinha como ponto de partida e de chegada a própria prática dos trabalhadores de enfermagem.

Embora o projeto tenha seguido os pressupostos da EP, o programa de educação dos trabalhadores do referido hospital ainda utilizava a denominação Programa de Educação Continuada (PEC). Frente a inúmeras discussões, relativas não só à semântica, mas também ao desenvolvimento da nova proposta educativa no hospital, o programa passou a se chamar Programa de Educação em Serviço. Naquele momento, a discussão na instituição ainda era insipiente quanto ao direcionamento das suas práticas educativas. Somente em 2008, o programa começou a ser denominado Programa de Educação Permanente (PEPE) e a utilizar, de forma mais consistente, seus pressupostos.

O PPES foi denominado “Rodadas de Conversa sobre o Trabalho em Saúde”, em função da utilização do referencial da pedagogia da roda como dispositivo para a educação pretendida. Apostava-se na criação de espaços educativos, integrados ao ambiente de trabalho, para possibilitar a escuta do trabalhador, a reflexão individual e coletiva sobre os processos de trabalho e a intervenção da própria equipe nos problemas do cotidiano.

Nesse processo, esperava-se ampliar os espaços de escuta no hospital, intensificar a co-responsabilização pelo cuidado prestado e possibilitar a autonomia dos sujeitos e coletivos nos processos de mudança que fossem necessários para a melhoria da qualidade das práticas de saúde. Embora este não fosse o objetivo mais visível e imediato, verificou-se que a experiência dos trabalhadores de enfermagem, como sujeitos e agentes de processos educativos participativos, contribuiu para o exercício dos princípios do SUS na referida instituição.

Repensar a práxis no espaço cotidiano do trabalho, a partir de dispositivos que possibilitem a articulação de saberes e práticas na produção do cuidado, implica compreender a dimensão ética e política dos processos educativos presentes nesse espaço e valorizar sua importância na constituição de sujeitos críticos e comprometidos com aquilo que realizam.

A partir das considerações apresentadas, o presente estudo se propõe a analisar os limites e as possibilidades do uso da Pedagogia da Roda como dispositivo de ações de EP de trabalhadores de enfermagem que atuam em uma unidade de internação clínica do hospital já referido.

A orientação desse estudo, na direção da integralidade, permitiu desencadear uma importante e necessária discussão sobre a importância da educação dos trabalhadores de enfermagem, como estratégia para a construção de práticas de saúde que reforcem e avancem na consolidação do SUS.

2 OBJETIVO GERAL E QUESTÕES NORTEADORAS

Os objetivos e as questões norteadoras do presente estudo foram formulados considerando a experiência-piloto destacada anteriormente e as reflexões apresentadas.

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os limites e as possibilidades do uso da Pedagogia da Roda como dispositivo para ações de Educação Permanente de equipes de enfermagem de um hospital universitário, com enfoque na integralidade das práticas de saúde e levando em conta a experiência dos sujeitos dessas ações.

2.2 QUESTÕES NORTEADORAS

- Que aspectos facilitaram ou dificultaram a utilização da Pedagogia da Roda como dispositivo de ações de Educação Permanente?

- Como a participação dos membros das equipes de enfermagem na experiência da Roda e a análise do processo de trabalho que ela possibilitou contribuíram para uma revisão das suas práticas de saúde?

- Em que medida essa análise viabilizou a transformação dessas práticas no sentido de promover a integralidade do cuidado, incorporando-a ao processo de trabalho dessas equipes?

3 CONSTRUINDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE: UMA PROPOSTA PARA A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE

O Movimento Sanitário Brasileiro configura o protagonismo da Reforma Sanitária Brasileira que culminou com o SUS. Nesse contexto, construiu-se um novo entendimento ampliado de saúde como qualidade de vida e de trabalho, muito além do modelo preventivo-curativo. Para avançar na consolidação do SUS, a defesa da saúde trouxe a aliança entre saúde e cidadania, por meio de lutas por mudanças no sentido de desfragmentação do sistema, de integralidade na atenção e de fortalecimento da participação da sociedade na direção da saúde, como um direito de todos. Paralelamente, novos delineamentos da gestão, das práticas de saúde, da formação e da educação dos trabalhadores do SUS também precisam ser revistos (CECCIM; FERLA, 2009).

Na perspectiva da integralidade da atenção, as mudanças propostas envolvem a compreensão do conceito ampliado de saúde, da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais, do conhecimento da realidade, do trabalho em equipe e da ação intersetorial.

O momento que vivenciamos exige, tanto das instituições, quanto dos trabalhadores da saúde, uma releitura do contexto atual no sentido de buscar novas estratégias que venham ao encontro das necessidades de saúde dos indivíduos e coletivos. Nesse sentido, a redefinição do objeto de trabalho e do espaço de ação dos trabalhadores de saúde frente aos novos paradigmas de saúde, adotados pela sociedade, deverá implicar na proposição de novas ações no campo da educação em saúde, orientadas para o fortalecimento e valorização da relação educação-trabalho. A expressão “trabalhadores de saúde” é entendida aqui como o conjunto de atores sociais que atuam nos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados.

Atualmente, o trabalhador de saúde se constroi a partir de espaços e de saberes diversos, se inserindo em contextos de trabalho que determinam as formas do agir profissional e requerem qualificação constante em relação às necessidades da população, das instituições e das atividades cotidianas. O desafio cotidiano de construir mediações e interações que ultrapassem a abordagem técnico-operacional, enfrentado pelos trabalhadores da saúde, exige uma formação que dê conta de problematizar as situações concretas de trabalho que estes vivenciam (CECCIM, 2005a).

Esta relação entre o aprender, o ensinar e o fazer é destacada por CECCIM (2007b) ao lembrar que a aprendizagem inclui enfrentamentos entre “modos de fazer” já instituídos e aqueles que devem ser buscados para atender à demanda do cotidiano. Nessa perspectiva, aprender seria produzir não só novas práticas, mas também novas subjetividades no trabalho e na vida, porque os projetos pedagógicos atingem, além do âmbito profissional, as relações humanas, o acolhimento, a escuta e a própria qualidade de vida dos trabalhadores.

A idéia de que os processos educacionais são contínuos ou permanentes acompanha a própria existência do homem. A partir de 1970, o termo andragogia passou a ser utilizado principalmente na França, com Pierre Furter, para designar a ciência da educação de adultos. O processo educativo do ponto de vista andragógico leva em consideração as características dos adultos e propõe uma educação baseada na liberdade e na educação por toda a vida (FURTER, 1987).

Desde então, vem crescendo, no âmbito mundial, o consenso sobre a importância de uma articulação entre educação dos adultos e trabalho. Nesse cenário, novos desafios têm emergido no que se refere ao desenvolvimento de ações educativas no trabalho que respondam às necessidades de qualificação dos trabalhadores de saúde e de suas práticas cotidianas (MOTTA *et al.*, 2001).

Com pressupostos semelhantes aos da andragogia, destacam-se os princípios e as práticas de Paulo Freire que contemplam uma prática educativa libertadora, com base no respeito pelo educando, na conquista da autonomia e na dialogicidade, como princípio metodológico (FREIRE, 2001).

A discussão sobre um novo modelo pedagógico para a mudança nas práticas de saúde iniciou-se na América Latina, a partir de 1970, com a

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A proposta foi discutida amplamente como estratégia para alcançar o desenvolvimento da relação trabalho e educação, tendo como eixo de aprendizagem o trabalho realizado no cotidiano dos serviços, organizado como processo permanente e de forma participativa. Em 1979, quando inicia uma inter-relação com a educação de adultos, essa forma de educação assume um âmbito de processo de constante atualização (HADDAD *et al.*, 1994).

Em meados de 1982, se visualiza uma nova forma de educação para os profissionais de saúde, ou seja, uma educação contínua e permanente que parte de um processo integral, dinâmico e participativo que visa atender às necessidades de indivíduos e coletivos, conferindo um compromisso dos profissionais de saúde para com as políticas e estratégias do sistema de saúde vigente (ROSCHKE ; CASAS D, 1987).

No Brasil, até 2003, as diretrizes apontadas em todas as conferências nacionais de saúde não contemplavam a prioridade na organização dos serviços do SUS em sua agenda. Nesse ano, o Ministério da Saúde, ao criar a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, toma para si o compromisso de mudar a lógica da formação dos profissionais de saúde (SOUTO LOPES *et al.*, 2007).

Diante desse cenário, o Ministério da saúde, por meio da Portaria GM/MS 198/04 (BRASIL, 2004a), adotou a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde a qual visa à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS. Essa política se apresenta como uma proposta de ação estratégica para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2004b). Entende-se que as transformações nas formas de cuidar só ocorrerão se houver mudanças nas formas de ensinar e aprender.

Sua lógica é descentralizada, ascendente e transdisciplinar para possibilitar desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, enfrentamentos criativos das situações de saúde, trabalho em equipe e melhoria da qualidade do

cuidado à saúde por meio da constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas que atendam à integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2004b).

A gestão da EPS, inicialmente, foi realizada por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde que funcionavam como dispositivos do SUS para promover mudanças nas práticas de saúde e de educação em saúde através da instituição de rodas de debate e construção de uma política crítico-reflexiva e coletiva, denominadas Rodas para EP. Esses pólos eram também instâncias de articulação para o estabelecimento de diálogo e negociação entre os gestores e os atores das ações, dos serviços e das instituições formadoras (BRASIL, 2004b).

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde trabalhavam baseados na diretriz constitucional da integralidade da atenção à saúde por meio da ampliação do acolhimento, vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, autonomia e resolutividade da atenção à saúde (BRASIL, 2004b).

A partir de 20 de agosto de 2007, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 1996-GM (BRASIL, 2007), dispôs novas diretrizes e estratégias para a implementação da PEPS, de modo a adequá-la às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela saúde (BRASIL, 2006). O referido Pacto define a política de recursos humanos para o SUS como eixo estruturante para a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, considerando as especificidades regionais e suas desigualdades. Esse novo delineamento da PEPS busca, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal dos trabalhadores de saúde e das instituições. Além disso, reforça a relação que se estabelece entre a formação com a gestão, os serviços com as práticas de saúde dos profissionais e, ainda, com a população (BRASIL, 2007).

O marco conceitual da PEPS parte do pressuposto da construção de significados a partir da problematização do trabalho e da concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire, baseada na reflexão crítica para a transformação das práticas de saúde nas quais o aprender e o ensinar se incorporam àquelas vivenciadas no cotidiano do trabalho (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para Freire (2001), a aprendizagem significativa é aquela que interroga e problematiza os homens e suas relações com o mundo, numa relação dialógica de ensinar e aprender, e se contrapõe à educação bancária de depositar, transferir ou transmitir conhecimentos e valores. A educação problematizadora realiza-se como prática de liberdade quando rompe com a verticalidade da prática bancária e propõe, por meio do diálogo, uma relação transversal e dialógica entre os sujeitos. A educação problematizadora tem o caráter essencialmente reflexivo e implica constante interrogação crítica da realidade (FREIRE, 2001).

Nessa perspectiva, o saber produzido deve romper com a hierarquia entre os que ensinam, supostamente detentores do conhecimento, e aqueles que aprendem, tidos como ignorantes. Conforme Freire (2001, p.68), “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”. Assim, essa relação ensino-aprendizagem é permeada pelo diálogo, no sentido libertador, que implica em compromisso consigo e com o outro e em possibilidade de uma ação transformadora (FREIRE, 2006).

A noção de aprendizagem significativa, nesse trabalho, utilizará também as contribuições de outros autores, que também a relacionam com a realidade social e a produção de mudança a partir da experimentação e da criação de novas formas de ser e estar no mundo.

Na educação de adultos, uma experiência pedagógica torna-se significativa somente quando parte da realidade e dialoga com as vivências dos sujeitos ao longo da vida. Na educação permanente, como concepção dialética da educação, tanto na experiência pessoal quanto na social, a aprendizagem significativa se traduz pela participação ativa, criativa e responsável de cada sujeito envolvido (FURTER, 1985).

A aprendizagem, para Kastrup (2005), significa a noção de aprendizagem inventiva, que inclui a invenção de problemas e não apenas a solução deles. A aprendizagem passa, então, a viabilizar processos de problematização em interações, como uma potência para a invenção de si e do mundo.

A idéia de aprendizagem, para Varela e Maturana (1995), parte do pressuposto de que o mundo não está dado e que o construímos ao longo de

nossa interação com ele. O conhecimento é fruto de uma relação interpessoal, um modo de viver e conviver, que surge quando as pessoas se transformam no decorrer dessa convivência. Nossa trajetória nos faz construir nosso conhecimento do mundo.

Schwartz (2002), partindo da noção de trabalho como atividade, entende que a aprendizagem pelo trabalho só tem sentido se os valores do conviver forem problematizados na complexidade da experiência de trabalho, havendo uma estreita relação desta com a situação de encontro.

A partir das reflexões acima, esse estudo adotará o conceito de EPS, conforme Ceccim (2005a).

A EPS é o “processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano” (CECCIM, 2005a).

Segundo Ceccim (2005a), para produzir mudanças nas práticas de gestão e de atenção, é fundamental a construção de novos pactos na convivência do cotidiano do trabalho para aproximar os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade. Dessa maneira, as práticas educativas devem configurar dispositivos para análise de experiências no lócus do trabalho, tomada de decisão e implementação de novas práticas de saúde. Além disso, elas devem possibilitar o fortalecimento das equipes cuidadoras e o protagonismo dos profissionais de saúde.

De acordo com o exposto, acredita-se que a EPS possibilite a criação de novas perspectivas no trabalho por meio da renovação de um *saber-fazer educativo* e de uma prática dialógica entre o individual e o coletivo, além de promover a constituição de trabalhadores crítico-reflexivos, criativos, autônomos e transformadores em suas práticas cotidianas, bem como de sua realidade pessoal.

Nesse sentido, para a implementação de ações educativas no trabalho, que apresentem diferenças de natureza conceitual, metodológica e contextual, é necessário compreender as distinções entre ES, EC e EP; os processos de

trabalho em saúde, para que estes possam informar sobre os seus problemas e o modo como enfrentá-los; e, ainda conhecer a organização do trabalho, bem como o papel de cada um e da equipe nos contextos de cuidado em saúde (MOTTA *et al.*, 2001).

De acordo com o histórico das Conferências Nacionais de saúde, a ES foi o primeiro conceito a ser operacionalizado. Ela busca orientar os trabalhadores de acordo com os interesses da instituição e emerge como um conjunto de práticas educacionais para ajustar os trabalhadores às necessidades dos serviços, tornando-os mais eficazes em suas práticas de saúde. A ES também tem sido entendida como atividade educativa desenvolvida no ambiente de trabalho para que o trabalhador aumente sua competência (PASCHOAL *et al.*, 2007; SAUPE *et al.*, 2008).

A distinção entre os termos “continuada” e “permanente” apresenta diversas e contraditórias origens entre alguns autores. Os dois termos têm contexto histórico comum, mas motivações diferentes, o que lhes confere especificidades em relação ao processo ensino-aprendizagem que não os tornam opostos no desenvolvimento de ações educativas no trabalho, mas sim complementares (FERRAZ, 2005).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), enquanto a educação continuada (EC) coloca o cenário de práticas como campo de aplicação da teoria, a educação permanente (EP) entende que o cenário de práticas informa e modifica a teoria necessária, transformando, dessa forma, a própria prática.

Ribeiro e Motta (1996) referem que, ao privilegiar a dimensão técnica do trabalho nos processos educativos, a educação continuada acaba por reforçar a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho, na medida em que se centra no desempenho de cada categoria profissional, enquanto a educação permanente parte da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e o que precisa ser melhorado.

A EC tem como objetivo principal a atualização de conhecimentos específicos e, como pressuposto pedagógico, um conhecimento que define as práticas. Seu foco são os profissionais específicos e suas necessidades individuais de conhecimentos. Sua lógica de atuação é descendente, pois, a

partir dos problemas evidenciados, se estruturam cursos e capacitações pontuais. Dessa forma, as atividades educativas são construídas de maneira desarticulada da gestão e das práticas realizadas pelos profissionais e se esgotam em si mesmas (BRASIL, 2004b).

No contexto da EP, o objetivo principal da ação educativa é a transformação das práticas, com base no pressuposto pedagógico da aprendizagem significativa. Na EP, considera-se que as práticas são definidas por múltiplos fatores, como conhecimentos, valores, relações e organização do trabalho, entre outros, o que remete às equipes como foco de atenção. Nas ações de educação permanente, parte-se de uma análise coletiva dos processos de trabalho para definir, de maneira descentralizada, ascendente e transdisciplinar, quais enfrentamentos serão tomados como meta, de modo a permitir a construção coletiva de estratégias contextualizadas entre as políticas de saúde, a singularidade dos sujeitos e de seus locais de trabalho (BRASIL, 2004b).

Assim, as diferenças entre educação continuada e permanente evidenciam uma necessária mudança de paradigma, no que se refere às práticas e à educação dos trabalhadores de saúde.

A educação permanente pode ser considerada uma estratégia para a gestão do trabalho e da educação na saúde, na medida em que pode superar as lacunas evidenciadas pelos processos de educação continuada. Além disso, ela pode, também, servir como caminho para o encontro entre o mundo da formação e o do trabalho, por meio da emancipação e da autonomia do trabalhador de saúde (BRASIL, 2004b).

Para tanto, devem ser fortalecidas as concepções pedagógicas que reconheçam o conhecimento técnico-científico e, ao mesmo tempo, promovam entre os trabalhadores de saúde um projeto de saúde ético e político para a sociedade, no sentido de emancipação dos sujeitos (PEREIRA, 2007).

Também é necessário termos a compreensão de que essa forma de educar se refere ao trabalho enquanto processo, sendo esse representado por diferentes sujeitos, com diferentes visões de mundo e de trabalho. Qualquer atividade educativa deve levar em conta essas diferenças, além das

transformações constantes da organização do trabalho, dos conflitos que ocorrem em qualquer relação social e das culturas institucionais, que exigem novos conhecimentos para os trabalhadores (MOTTA *et al.*, 2001).

Apesar da constatação de que o modelo mais tradicional de formação continuada ainda é utilizado em algumas instituições hospitalares, pesquisas mais recentes sugerem que há uma tendência à mudança dessa realidade. Por exemplo, Ferraz (2005) estudou três Hospitais Universitários Federais de Ensino da Região Sul do Brasil, concluindo que há um movimento de superação das tradicionais concepções de educação continuada para as de educação permanente nos três locais do estudo. Para a autora, é de suma importância que os hospitais se voltem para a valorização do trabalho humano - um pressuposto da educação permanente -, pois este determina a qualidade e a eficácia do cuidado em saúde.

Ricaldoni (2006), em estudo realizado em um hospital de grande porte em Minas Gerais, demonstra a desarticulação das capacitações nele realizadas no cotidiano do trabalho das equipes de enfermagem. Além disso, enfatiza o desafio das instituições hospitalares em adotar uma educação dos profissionais de enfermagem, sustentada na problematização dos processos de trabalho e das situações vivenciadas no dia a dia.

Conforme Feuerwerker e Cecilio (2007), as instituições hospitalares se destacam como espaços complexos na organização do trabalho e na produção do cuidado, o que torna esses espaços um ambiente rico para aprendizagem, tanto de uma quanto de outra. Nesse contexto, a lógica hegemônica do modelo biomédico predomina, influenciando não só as práticas de saúde, mas também a formação e a educação dos seus trabalhadores.

Nesse contexto, novos arranjos têm se configurado no interior dos hospitais para o desenvolvimento de práticas de saúde de maior qualidade e resolutividade. Dentre eles, destacam-se a ampliação da dimensão cuidadora que se contrapõe a técnicas e procedimentos e a busca da integralidade na atenção à saúde, por meio de uma escuta qualificada das necessidades dos sujeitos e da integração da dimensão subjetiva e objetiva nas ações dos profissionais de saúde (CECILIO; MERHY, 2007; MERHY, 2007).

Conforme Cecilio e Merhy (2007), uma combinação de tecnologia e de humanização desponta como um desafio nos hospitais, pois coloca o paciente e suas necessidades singulares de saúde como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar. Além disso, esse desafio também exige formas de gestão da micropolítica do trabalho que envolvam no cuidado um grande número de trabalhadores, atuando dentro de uma perspectiva da integralidade, na qual novos arranjos coletivos e participativos fortalecem o trabalho em equipe (MERHY, 2007).

No que se refere a trabalhadores de saúde e suas práticas nas instituições hospitalares, é necessário que esses tomem para si uma função política no cotidiano do trabalho, no sentido de produzir alternativas fortalecedoras da vida e de co-responsabilização com o outro e seus projetos de vida (CECCIM, 2005b).

Os trabalhadores de enfermagem, que atuam no âmbito hospitalar também enfrentam inúmeros desafios na construção de sua identidade profissional e na apropriação do elemento central as suas práticas, que é o cuidado.

No Brasil, o processo de divisão do trabalho de enfermagem configura as práticas de cuidado divididas em três categorias, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. As atribuições mais intelectuais e de gerenciamento geralmente são de responsabilidade dos enfermeiros, enquanto que as atividades de assistência geralmente são atribuições do técnico ou do auxiliar de enfermagem. Mas destaca-se que as diferenças entre as categorias vão além da categoria profissional, elas se referem também as desigualdades sociais, no que diz respeito a valores e normas sociais, o que estabelece uma relação hierárquica dentro da equipe, que vão interferir na organização do processo de trabalho e nas práticas de cuidado (PEDUZZI, 1998).

Para além dos limites da equipe de enfermagem, se configuram os limites do hospital para instituir um trabalho em equipe multiprofissional, num contexto de forte hegemonia médica, o que se caracteriza também como desafio no trabalho cotidiano da enfermagem.

3.2 A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE

O processo de construção das práticas de saúde tem se mostrado um grande desafio ao avanço do SUS no que se refere à implementação de suas diretrizes e princípios, devido à perspectiva individualista que ainda exerce forte influência nas ações de cuidado das suas equipes. A integração dos serviços de saúde, das instituições de ensino, dos trabalhadores que atuam no SUS e dos usuários é fundamental para o estabelecimento de novos pactos de convivência e prática, assim como para a aproximação dos serviços de saúde aos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade (CECCIM, 2005b).

Conforme Ayres (2004a), a perspectiva interdisciplinar e intersetorial dos saberes e fazeres em saúde aponta para uma reconstrução de práticas mais efetivas quando profissionais e serviços se voltam ativamente para a presença do outro e para suas necessidades, por meio de uma interação e de uma escuta de qualidade.

Nesse sentido, Ayres (2004c) afirma que é fundamental que o trabalhador de saúde se volte para o outro e entenda seu modo de vida e seus projetos. É nesse espaço dialógico que, fundamentalmente, acontece o cuidado nas práticas de saúde; no vivenciar desse cuidado é que se desenvolvem atitudes e espaços de encontro intersubjetivo e de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem se restringir a ela.

Para Merhy (2007), o trabalho em saúde é peculiar, uma vez que se fundamenta numa intensa relação interpessoal que precisa se estabelecer a partir de vínculo entre os envolvidos para que suas práticas sejam eficazes. E, por ser de natureza dialógica, o trabalho em saúde se constitui, também, num processo pedagógico de ensino-aprendizagem. Conforme o autor, a saúde se produz em ato, ou seja, o agir em saúde, se caracteriza como trabalho vivo se for em ato, no encontro do usuário com o trabalhador. O autor defende que para concretizar o agir em saúde, os trabalhadores utilizam uma “maleta tecnológica”, contendo três tipos de tecnologias: as “tecnologias duras”, que correspondem aos equipamentos, medicamentos e outros; as “tecnologias semi-duras” que

constituem os conhecimentos estruturados, como a clínica, a epidemiologia e a saúde coletiva; e as “tecnologias leves” que correspondem às relações no trabalho, as quais possibilitam ao trabalhador comunicar-se, acolher e cuidar (MERHY, 2007).

A partir de um conceito de saúde que considere as necessidades individuais e coletivas dos indivíduos e seus projetos de vida, surge o desafio de práticas de saúde integradoras dos vários saberes através de uma postura crítica e criativa dos trabalhadores da saúde. Com isso, inúmeras possibilidades de cuidado surgem como resposta às demandas por saúde da população (FRANCO; MERHY, 2005).

Segundo Pinheiro (2007), o cuidado configura o agir em saúde e se constitui no cerne de práticas eficazes da integralidade. Para tanto, é necessário articular teoria e prática, e integrar o agir e o pensar na produção do cuidado.

Cuidado é entendido, nesse trabalho, como uma rede de modos de saber-fazer que abrange não só aspectos técnicos, mas também estéticos, éticos e, em decorrência deles, políticos, no sentido de responsabilidade coletiva (PINHEIRO, 2007).

Assim, cuidado é compreendido como um valor que tem uma dimensão de ação integral, apresentando significados e sentidos voltados para a concepção de saúde como um direito de ser, ou seja, como respeito às diferenças e às individualidades (PINHEIRO, 2007). Ainda conforme Pinheiro (2007), essas diferenças que, de alguma forma carregam valores, apresentam demandas que precisam ser corporificadas em forma de cuidado e, nesse sentido, ele se constitui em uma ação política que exige práticas eficazes.

Para Ayres (2004a), do pressuposto de cuidado como um valor, surge a necessidade de repensar as práticas de saúde, ou seja, os modos de integração da ação e do pensar na produção do cuidado em saúde que, na forma de atividade humana, mobiliza saberes específicos, saberes práticos e uma ação dialógica na direção da integralidade.

Dessa maneira, o cuidado como valor é percebido por quem cuida e por quem é cuidado, no sentido de reconhecer a ética, tanto do ser cuidado, quanto do cuidador, pois, na ausência do valor, não há responsabilização para consigo

mesmo, nem para com o outro (PINHEIRO, 2007). Nessa perspectiva, as experiências do cotidiano se constituem como principal fonte de cuidado como valor.

Assim, entende-se que a integralidade da atenção à saúde é um processo lento e desafiador porque propõe mudanças de um modelo hegemônico e dominador, que vem se perpetuando, assim como provoca mudanças culturais na construção das práticas dos trabalhadores de saúde, sem prejudicar a autonomia dos indivíduos em relação a suas escolhas e aos seus modos de viver. A partir dessa perspectiva, cada trabalhador ou equipe de saúde é responsável pelos *projetos de felicidade*, entendidos como projetos de vida, daqueles que cuidam e daqueles que são cuidados nos ambientes de trabalho em saúde (AYRES, 2004c).

Da mesma forma, o trabalho em equipe, entendido como um saber-fazer comum, se constrói, pautado em valores éticos, tendo como centro da ação o usuário e suas necessidades de saúde (LOPES *et al.*, 2007). Então, problematizar o direcionamento da ação desses profissionais envolve refletir sobre seus processos de trabalho para a criação de estratégias que fortaleçam a inseparabilidade entre integralidade, práticas cotidianas e ética.

Essa afirmação da responsabilidade dos profissionais da saúde para com a própria vida e a vida do outro, como conteúdo fundamental da ética do SUS que aparece na literatura, põe em evidência o princípio da integralidade como elemento norteador das práticas de saúde.

Segundo Franco e Merhy (2005), pensar a integralidade como princípio norteador das práticas de saúde significa atender às necessidades de saúde dos indivíduos e da população com uma abordagem holística, combinação de humanização com tecnologia. Tal abordagem deverá propiciar a troca de conhecimentos entre trabalhadores de saúde e indivíduos para, juntos, buscarem uma melhor solução para os problemas de saúde e, com isso, permitir autonomia das escolhas e continuidade dos projetos de vida desses indivíduos e coletivos. A ampliação dos limites das práticas de saúde, quando pautadas na integralidade do cuidado, são destacadas pelos autores na afirmativa de que estas ultrapassam as barreiras dos locais pré-estabelecidos de atenção, se envolvendo

com as condições sociais, políticas, econômicas e culturais que fazem parte da vida dessas pessoas.

Ainda segundo os autores, Franco e Merhy (2005), propostas de um trabalho, embasado nessa concepção de cuidado integral e de intervenções positivas nas necessidades de saúde da população, tornam-se um desafio que não se sustenta na prática quando se instituem políticas de saúde que pensam somente o macro espaço da atenção em saúde, sem considerar que a construção real das suas práticas ocorre no microespaço do cotidiano do trabalho das equipes de cuidado. Assim, como refere Merhy (2005), a integralidade do cuidado resulta também de um trabalho em equipe que promova integração entre os profissionais e o envolvimento destes com as questões de saúde dos indivíduos.

Esta ênfase no cotidiano do trabalho das equipes, como cenário para investimentos das políticas de saúde, também é referida por Feuerwerker (2005) que sugere que a desconstrução dos microespaços políticos e a organização das práticas e dos processos de trabalho se constituem em estratégias para o desenvolvimento de novos processos de produção da saúde.

Nesse sentido, Pinheiro e Guizardi (2006) propõem uma reflexão sobre os processos de trabalho em equipe, argumentando que isso deverá resultar na possibilidade de ampliar o olhar sobre a forma como as ações de cuidado estão sendo produzidas e analisar se estas respondem às demandas da população. Para as autoras, a integralidade é entendida como um dispositivo político e de reflexão crítica dos saberes e poderes instituídos pelos sujeitos na realização de suas práticas cotidianas nos microespaços de produção de cuidado (PINHEIRO ; GUIZARDI, 2006).

Peduzzi (2001) refere que o trabalho em equipe se configura como alternativa de recomposição dos trabalhos especializados na direção da integralidade. Conforme a autora, as equipes são construídas durante o processo coletivo de trabalho e podem se modificar em função de maior eficácia e qualidade de suas práticas de cuidado.

Peduzzi (2001) enfatiza, ainda, que pensar estratégias a fim de minimizar os obstáculos à proposta da integralidade através do trabalho multiprofissional e

em equipe, no qual os profissionais devem evitar a expertise e buscar uma compreensão abrangente dos problemas de saúde, mas sem fragmentá-los, pode aproximar esse profissionais dessa nova concepção de atenção à saúde, configurada nos princípios do SUS. Segundo a autora, a recomposição do processo de trabalho, pela utilização contínua da capacidade de avaliação e julgamento do trabalhador tanto pode reiterar os modelos de trabalho dominantes e instituídos, quanto pode se configurar em dispositivo de mudança (PEDUZZI *et al.*, 2009).

Para Pinheiro e Mattos (2007), tornar as ações de cuidado mais integradoras significa acolher os usuários, ouvir suas demandas, formar vínculo que permita a construção de uma relação de cumplicidade e de compreensão ampla dos problemas e das possibilidades de resolutividade destes, fortalecendo, dessa forma, a autonomia dos sujeitos e sua capacidade de levar uma vida saudável .

A partir dessas reflexões sobre cuidado, práticas de saúde e trabalho em equipe, e da literatura consultada, considera-se que a noção de integralidade é ampla e seu conceito polissêmico, a partir de que abrange as dimensões das práticas de saúde, da gestão e da organização dos serviços de saúde e das políticas de saúde. Neste estudo a dimensão da integralidade abordada se refere a dimensão das práticas de saúde e implica numa recusa ao reducionismo da objetivação dos sujeitos para afirmar uma abertura ao diálogo na orientação das práticas de saúde pela integralidade (MATTOS, 2006)

3.3 A PEDAGOGIA DA RODA COMO DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação na saúde tem acompanhado os avanços do SUS desde a sua implantação, no entanto sua potência para provocar mudanças nas práticas de cuidado e nos trabalhadores tem sido alvo de muita discussão na atualidade (CECCIM; FERLA, 2009; MERHY *et al.*, 2006; CECÍLIO; MERHY, 2007; FRANCO, 2007).

Na saúde, principalmente no âmbito hospitalar, ainda há um senso comum de não reconhecimento do conhecimento gerado com base nas vivências cotidianas do trabalho, o que carrega a ideia de insuficiência dos trabalhadores. Para superar essa suposta incapacidade, as propostas educacionais geralmente têm se embasado nos pressupostos da EC na qual a transferência de conhecimento vai definir as práticas (FRANCO, 2007). Para o autor, metodologias desse tipo têm um grande poder de capturar subjetividades e de anular a capacidade criativa do trabalhador, o que os submete a uma “pedagogia da dependência”.

Entretanto, experiências inovadoras que utilizam processos pedagógicos participativos com base na reorganização dos processos de trabalho têm demonstrado que os trabalhadores, nessa situação, ao produzirem o cuidado, criam uma nova forma de significar o mundo do trabalho e, ao mesmo tempo, produzem a si mesmos como sujeitos. Assim, trabalho, ensino e aprendizagem se mesclam ao cotidiano do trabalho (FRANCO, 2007).

Ainda conforme Franco (2007), entende-se que a educação não se apresenta como um objetivo em si mesmo e, dessa forma, os processos pedagógicos podem se constituir em dispositivos.

Dispositivo é compreendido, nesse trabalho, como uma montagem que produz inovações e gera transformações nos sujeitos, entendidos como coletivos com capacidade de intervir na realidade e de transformá-la, a partir da relação ensino aprendizagem (FRANCO, 2007).

Partindo desse pressuposto, a Pedagogia da Roda, foi considerada, nesse estudo, como um dispositivo que faz a articulação de EP para possibilitar transformações nas práticas de cuidado da equipe de enfermagem no contexto hospitalar e para criar possibilidades de aproximá-las da integralidade.

Para um melhor entendimento do processo educativo estudado, foi realizado um diagrama, que se apresenta a seguir.

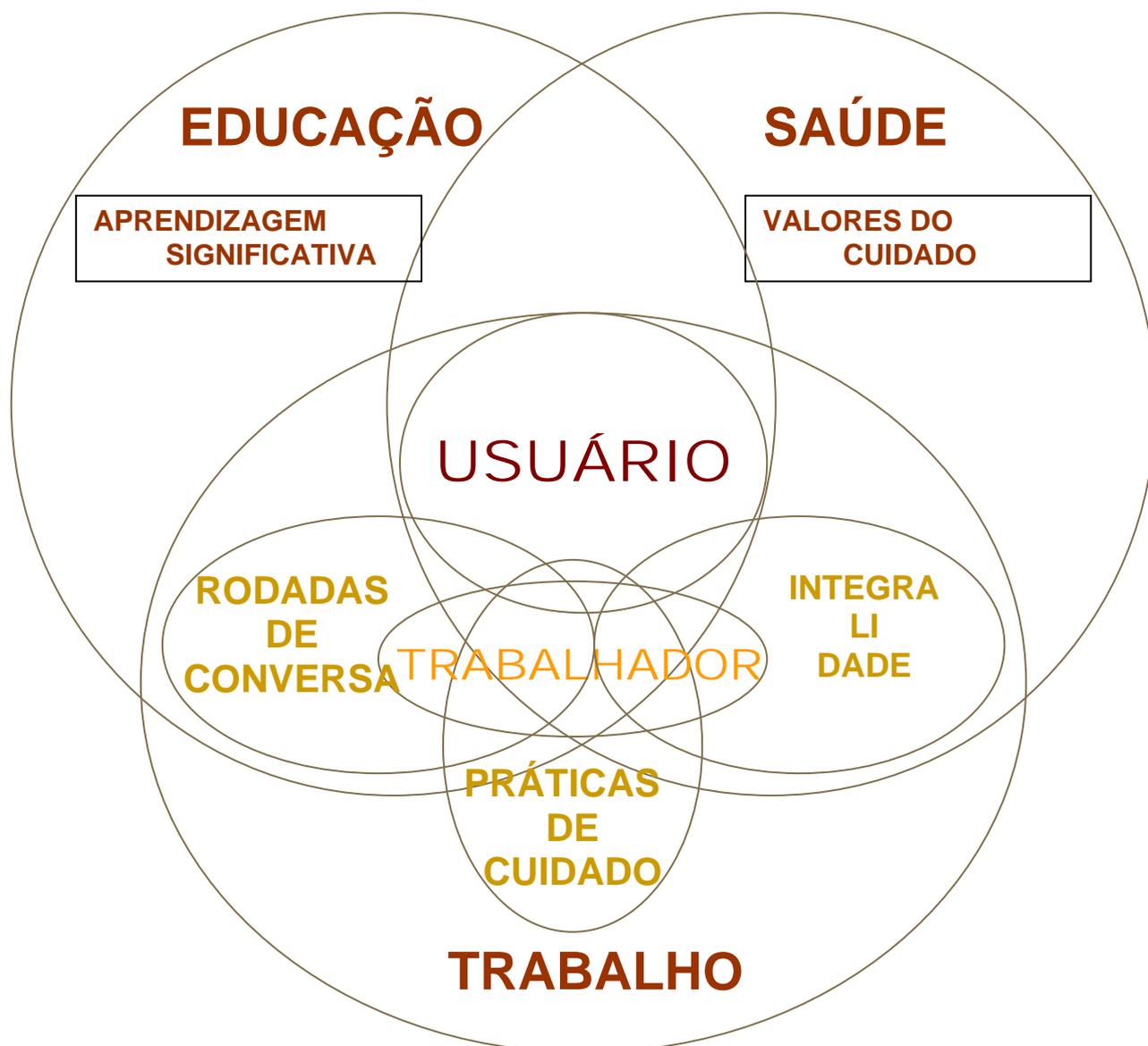


Figura 1 - Diagrama

A pedagogia é a ciência da educação cujas diretrizes e princípios vão orientar a Roda, ou seja, vão instituir a Roda como espaço educativo inserido no âmbito do trabalho hospitalar.

A Roda é o espaço educativo que se configura na metodologia participativa, é a forma de fazer educação no trabalho, com o trabalhador e não para ele. Nesse estudo, a Roda se configurou em forma de um projeto-piloto que foi denominado de “*Rodadas de Conversa*”.

As Rodas de Educação Permanente não são meramente arranjos gerenciais, pois trabalham com processos pedagógicos de organização da rede de atenção à saúde, de qualificação das práticas por meio da integralidade da atenção e da produção de aprendizagens significativas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Dessa forma e de acordo com Campos (2007a), o desafio da Roda, como dispositivo de mudança nas práticas de saúde que se contrapõe à verticalidade do sistema ainda vigente, propõe outra relação e outra concepção de atenção à saúde a partir de novas aprendizagens e novas práticas, construídas no coletivo.

Conforme Ceccim e Feuerwerker (2004), a Roda, nessa perspectiva, tem uma característica política e crítico-reflexiva, funcionando como dispositivo de criação local de possibilidades. A roda também permite discussões e trocas que possibilitam mediações de aprendizagens e associações de competências profissionais. Dessa forma, também cria possibilidades de transformação da realidade, segundo a ética e os valores do cuidado em saúde e da própria vida.

Para Ceccim (2001), a educação do cuidado em saúde pode ser antevista a partir da imagem da criança e de suas experiências infantis ao longo da história do desenvolvimento humano, no sentido de afirmação da vida. Educação essa que reivindica as *Rodas de Ciranda* como potencial à criatividade, caracterizando a alteridade, a autonomia e a potência do humano para transformar e ser transformado por meio de interações significativas para o seu desenvolvimento e, ainda, como resistência às determinações e aos condicionamentos do instituído pelos adultos.

Nesse sentido, alguns autores que influenciaram o uso de metodologias participativas na *Roda*, em relação à educação, podem ser citados. São eles: Paulo Freire, Humberto Maturana e Sebastião Rocha. Mais recentemente, Ricardo Teixeira e Ricardo Burg Ceccim têm utilizado esses referenciais na saúde coletiva e na educação em saúde.

Paulo Freire, a partir de sua prática na cidade de Angicos (RN), em 1963, onde trezentos trabalhadores rurais foram alfabetizados em 45 dias, iniciou uma experiência com espaços educativos participativos. O método de alfabetização de Paulo Freire nasceu com o Movimento de Cultura Popular (MCP) do Recife. No final da década de 50, criou, então, os chamados *círculos de cultura*. O Método Paulo Freire, que o tornaria conhecido no mundo, tem como princípio que o processo educacional deve partir da realidade que cerca o educando (FREIRE, 2006).

A Pedagogia da Roda se embasa nos pressupostos da educação de Paulo Freire, como uma educação libertadora, na qual todos ensinam e todos aprendem, como nos *Círculos de Cultura* que se caracterizam por um trabalho feito sem um número exato de pessoas e sem um tema definido. Os grupos sugeriam um tema a ser debatido, cabendo, então, ao educador, junto com ele, tratar da temática proposta e acrescentar “temas dobradiças”, assuntos que se inseririam como fundamentais no corpo inteiro da temática para um melhor esclarecimento. Conforme o autor, é preciso viabilizar uma compreensão mais crítica da temática proposta pelo povo, fazer com que consigam construir novas hipóteses de leitura do mundo (FREIRE, 2008).

Humberto Maturana, como biólogo, sustenta que a linguagem se fundamenta nas emoções e é a base para a convivência humana. Maturana fundou, em Santiago, o Instituto de Formação Matrízica, um espaço relacional que favorece a ampliação da compreensão de todos os domínios de existência humana. Essa instituição desenvolve estudos sobre a Biologia do Amar e do Conhecer por meio de oficinas de conversações operacionais e reflexivas sobre a Matriz Biológica da Existência Humana (MATURANA, 1998).

A constituição de domínios de aprendizagem, na perspectiva de Maturana, passa pela construção de *redes de conversação* e é, nessa perspectiva, que a Pedagogia da Roda foi buscar subsídios para trabalhar as relações no trabalho. O emocionar e o linguajar constituem um conversar e estabelecem uma rede de conversação. Conforme o autor, tudo o que é humano se constitui pela conversa, num fluxo de coordenações de fazeres e emoções. Quando alguém, por exemplo, aprende uma profissão, aprende em uma *rede de conversações* (MATURANA *et*

al., 2001). Para esse autor, as culturas são redes fechadas de conversações que produzem a configuração do emocional. O caráter da cultura será formado, então, nessa rede fechada de conversações. Por isso é a emoção que guia, no fundo, o fluir histórico.

Sebastião Rocha é antropólogo especializado em folclore e educador, identificado mundialmente com a pedagogia dos saberes populares a partir da cultura e sob a forma de práticas educativas inovadoras e desafiadoras, baseadas principalmente em Paulo Freire. Fundador do Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento em janeiro de 1984, Sebastião propõe a missão de fazer com que crianças e adultos possam não só se reapropriar de seus saberes e fazeres, mas também fazer de sua cultura e identidade instrumentos de seu desenvolvimento e matéria-prima de sua cidadania (ROCHA, 2009).

As atividades do Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento iniciaram em Curvelo, cidade situada no centro de Minas, e se espalharam para outras regiões do Estado, para outros estados e países, como Moçambique e Guiné Bissau. Das discussões de uma política de educação praticamente inexistente e do fato de haver várias crianças, circulando nas ruas sem escola, surgiu o "Projeto Sementinha", voltado para crianças de quatro a seis anos, hoje espalhado por vários Estados. As reuniões eram sempre em círculo, o que deu origem ao primeiro dos três pilares que compõem a metodologia do Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento: a *Pedagogia da Roda* (ROCHA, 2009). A Pedagogia da Roda, como dispositivo de EP, se aproxima das idéias de Sebastião Rocha ao buscar em sua metodologia relacional a implicação do trabalhador com a cidadania e com os saberes e fazeres que circulam no seu cotidiano. Conforme o autor, na *Roda*, "todo mundo vê todo mundo". Ninguém é excluído, todos falam e escutam, sempre buscando o consenso. A roda dá início às atividades do dia em todos os projetos do Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento. Outro ponto importante desse trabalho, que o autor destaca, é a formação dos educadores. "Educador também aprende" neste projeto, afirma o autor, ao se referir aos educadores que se integraram ao projeto.

Ricardo Rodrigues Teixeira, médico sanitário, tem se concentrado em formulações teóricas, relacionadas a educação e comunicação em saúde no

campo da saúde coletiva, que abordam a natureza relacional e afetiva do trabalho em saúde. Seus estudos têm se desenvolvido na perspectiva da inteligência coletiva e sua relação com o desempenho dos serviços de saúde, mais particularmente o acolhimento, que, nesse caso, é entendido como *redes de conversação* (TEIXEIRA, 2007).

Conforme Teixeira (2007), a inteligência coletiva trata de um novo campo de pesquisa transdisciplinar, centrado no estudo da “*potência de ação coletiva*” dos grupos. Essa “potência” depende fundamentalmente da capacidade de indivíduos e grupos interagirem, produzindo e utilizando, dessa forma, conhecimentos. A proposta vem sendo desenvolvida, nos últimos anos, no sentido da natureza “conversacional” do cuidado em saúde e, também, como *redes de conversação*, considerando as dimensões subjetivas, afetivas e a qualidade do encontro nas práticas de saúde (TEIXEIRA, 2007). A aproximação da Pedagogia da Roda com as idéias de Ricardo Teixeira se refere à potência da ação dos coletivos em saúde, a partir de processos pedagógicos que considerem as dimensões subjetivas das relações de trabalho e de cuidado.

Ricardo Burg Ceccim, sanitarista, tem se dedicado a formulações teóricas relativas à educação em saúde e à saúde coletiva, reconhecendo na saúde e na educação instâncias de co-gestão de espaços coletivos e de articulação entre informação, ação e atuação. Em seus estudos, o autor identifica as ações e os serviços de saúde do SUS como hierarquizado e regionalizado compondo um sistema único em rede, como uma pirâmide. Ao se contrapor a esta conformação do sistema, o autor apresenta as características de um diagrama em *mandala*. Na expressão de formas geométricas em movimento, como nas *Rodas de cirandas*, o autor apresenta uma rede em que diversos pontos convergem ao centro e compõe um sistema único (CECCIM, 2005b).

Para o autor, ao relacionar a *mandala* com o sistema de saúde, a hierarquização seria o desenho dos eixos de comunicação, das linhas de cuidado e dos pontos de matriciamento do trabalho, das equipes e das referências em rede. A regionalização seria o desenho de locais em torno dos pontos de contato, onde são construídos os pactos entre gestores e redes sociais. Dessa forma, segundo Ceccim (2005b), o diagrama da *mandala* significa a ruptura com as

racionalidades hegemônicas, no sentido de mobilizar os coletivos organizados, ou seja, os trabalhadores para a produção de saúde, bem como de problematizar a gestão, a atenção e a participação social, onde no centro do diagrama deve permanecer o usuário e suas necessidades de saúde (CECCIM, 2005b).

A proposta da Pedagogia da Roda encontra-se imbricada com as idéias de Ricardo Ceccim quando se refere à potência da EP para a transformação das práticas por meio da educação, educação no trabalho e para o trabalho.

Esse estudo também utilizará o referencial teórico do Método da Roda ou Método Paidéia, que foi criado por Campos (2007b). Destaco que a idéia inicial do PPES baseou-se no Método da Roda, mas ao longo do desenvolvimento do mesmo sentiu-se a necessidade de ampliar as questões pedagógicas, visto que o Método da Roda tem um direcionamento para as questões da gestão. Assim buscou-se maior apoio na literatura referente à educação.

O Método da Roda propõe a reconstrução operacional dos modos de fazer a co-gestão de instituições e a constituição de sujeitos com capacidade de análise e de intervenção. Esse método parte de uma reconstrução contemporânea do conceito de Paidéia, da Grécia clássica, que trata da formação integral do ser humano.

Campos (2007b) denomina de Fator Paidéia a capacidade que a gestão e as práticas profissionais têm de modificar padrões dominantes de subjetividade e de alterar o modo de ser dos sujeitos. Esse potencial pedagógico pode criar dependência e impotência no sentido de controle ou ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas e dos coletivos.

A Pedagogia da Roda se aproxima do Método da Roda ao utilizar na educação, seus pressupostos, que apostam na gestão, como potência para processos educativos que fortaleçam a responsabilidade e a autonomia dos trabalhadores e coletivos no âmbito hospitalar.

O desenvolvimento desse método teve por base estudos críticos feitos pelo autor acima citado, nos campos da política (sistemas de poder), do planejamento (elaboração de projetos), da análise institucional (ramo da psicologia aplicada a coletivos) e da educação. O autor também utilizou os

referenciais de trabalho e gestão (processos de trabalho) e de sujeitos e coletivos.

A referência crítica do Método da Roda se reporta ao Taylorismo e à Racionalidade Gerencial Hegemônica em seus princípios fundamentais de disciplina e controle que pressupõem concentração de poder. Essa crítica se volta, principalmente, para uma obra clássica de Taylor – “Princípios de Administração Científica”, e, a partir dela, adota uma diretriz operacional anti-Taylor (CAMPOS, 2007b).

Segundo Campos (2007b), esse estilo de governar, que opera com o conceito de organização que indica uma estrutura e um funcionamento ordenados conforme uma racionalidade rígida e com limites bem definidos, ainda não foi superado, apesar de todos os processos de mudança pelos quais a sociedade atual tem passado.

O Método da Roda, ao propor o contrário, destina-se a equipes ou coletivos porque privilegia o sujeito e as pessoas. O seu objetivo básico busca ultrapassar a referência de organização, operando com a denominação de coletivo organizado para a produção, o que implica construir capacidade de análise e de co-gestão, para que os coletivos consigam lidar com a produção de bens e serviços, bem como com sua própria constituição (CAMPOS, 2007b).

Conforme esse autor, coletivos organizados para a produção são todos os agrupamentos humanos articulados para um fim produtivo, com objetivos e tarefas de produção de um bem ou serviço. A noção de produção parte da idéia de trabalhar com a produção de cidadania, saúde e democracia no sentido de mudança, ou seja, construção, desconstrução e reconstrução.

De acordo com o autor, o Método da Roda tem como objetivo as necessidades sociais, mas assume uma responsabilidade com a produção de valores de uso. Nesse sentido, o trabalho produz coisas potencialmente úteis e supostamente com capacidade para atender às necessidades da população. Os bens ou serviços, as práticas ou políticas são considerados apenas meios com potencial valor de uso, ou seja, com potencial para assegurar atendimento a algumas necessidades. Portanto, o trabalho atende somente de forma indireta às necessidades sociais, e o seu resultado são produtos com algum valor de uso.

Nesse sentido, uma questão central do método se reporta ao questionamento: que valores de uso estão sendo produzidos em determinado processo de trabalho e a que necessidades atendem? De outra forma, o trabalho tem o potencial para suprir também as necessidades dos próprios sujeitos produtores? Portanto, todos esses sentidos e significados devem ser colocados na roda para discussão e análise, tendo em vista possibilidades de mudanças (CAMPOS, 2007b).

Nesse contexto, o entendimento de sujeito, grupos e coletivos para o desenvolvimento do método se refere à dimensão objetiva e subjetiva, singular e universal, mas também às estruturas e ao poder que são sustentados por meio das práticas políticas, das formas de gestão e do agir no cotidiano do trabalho.

O Método da Roda trabalha na dimensão política com a categoria de co-gestão, na perspectiva de poder compartilhado na qual cabem vários arranjos institucionais e vários espaços coletivos, ou seja, várias rodas de análise, discussão e tomada de decisão.

O sistema de co-gestão proporciona espaço coletivo concreto para circulação de informações e comunicação no sentido de escuta, para análise dessas informações e dessa escuta e para a tomada de decisão, a partir de prioridades, projetos e contratos. Os espaços coletivos, na prática, podem tomar a forma de equipes de trabalho, conselhos, colegiados de gestão, e outros.

Conforme Campos (2007b), a construção desses espaços coletivos objetiva o fortalecimento dos sujeitos e a produção da democracia institucional, na forma de ampliação da capacidade de análise e de intervenção do indivíduo e dos grupos sobre o mundo (práxis). A idéia é aproximar o saber do fazer, através dos momentos de análise. A própria existência desses espaços coletivos já é um sinal de democracia. Democracia, nesse caso, no que se refere à possibilidade de mudança nos padrões hegemônicos e à produção de novas relações das práticas políticas e sociais.

Para que esses espaços compartilhados de poder se constituam de acordo com a Roda, é necessário que haja capacitação social dos coletivos e principalmente dos poderes instituídos, uma vez que devem permitir a

possibilidade do exercício de poder, o que significa ter acesso a informações, refletir e discutir sobre elas, tomando, então, decisões pertinentes.

Segundo Campos (2007b), esse método busca modos de construir democracia, de constituir sujeitos e coletivos com potencialidade para sustentá-los, além de recompor o entendimento conceitual e prático de trabalho. Trabalho, então, passa a ter um conceito ampliado, entendido como qualquer atividade humana que busque atender às necessidades sociais e também como caminho necessário à própria constituição do sujeito.

O Fator Paidéia do Método da Roda pensa a gestão de coletivos não somente com o objetivo da produção de bens ou serviços, mas também como espaço pedagógico, no qual se produz aprendendo, ao mesmo tempo em que se reconstrói a própria subjetividade, visando à produção de sujeitos com mais autonomia (CAMPOS, 2007b).

O autor enfatiza que o desafio maior do método é a construção de arranjos para ampliar a capacidade de dirigir dos trabalhadores, por meio de uma nova dialética entre autonomia e controle institucional, este até então justificado pelo domínio da eficácia e da eficiência. A autonomia, nesse contexto, torna-se possível como uma produção do sujeito e da sociedade, contrapondo-se sempre a compromisso e responsabilização.

Conforme Campos (2007b), o Método Paidéia para a área da saúde se refere à construção de uma filosofia voltada para a prática em saúde, uma vez que visa orientar a pesquisa, a política, a gestão, os procedimentos e a própria vida. Por isso é um método dialético. Essa abordagem surgiu da necessidade de mudança não só nos campos da política e da gestão, mas também nos dos saberes e práticas que fazem parte da saúde. Como a saúde é um campo comprometido com a prática, tem nesse método uma contribuição para que seja feita uma análise do cotidiano que possibilite a intervenção dos coletivos em suas próprias práticas e, em decorrência disso, também na gestão.

O Método da Roda tem sido utilizado largamente na saúde coletiva, com experiências e estudos em vários estados do Brasil. Algumas experiências relatadas se referem à área da saúde mental no contexto da saúde coletiva. Pode-se citar o estudo de Wetzell (2005), o qual avalia a construção de um

processo participativo de um Centro de atenção Psicossocial, onde a autora enfatiza a importância de um processo participativo para a superação de práticas de saúde mental tradicionais, ou seja deslocamento dos serviços hospitalares, para serviços abertos da comunidade.

Contudo, nas instituições hospitalares, ainda existem poucas experiências e estudos referentes à aplicabilidade dessa metodologia. Pode-se citar a experiência do Hospital Mario Gatti – Campinas, que tem trabalhado na perspectiva da integralidade da assistência hospitalar no e a partir do hospital. Nesse sentido, têm sido desenvolvidos processos educativos participativos no trabalho, com a finalidade de desenvolver a co-gestão na instituição (ONOCKO ; AMARAL, 2006).

O valor de uso dos saberes e práticas em saúde, referido por Campos (2007a), aproxima-se do conceito ampliado de saúde no sentido de defesa da vida dos sujeitos. Além disso, reafirma a capacidade que a gestão e as práticas profissionais têm de modificar o sujeito e os padrões dominantes de subjetividade, produzindo dessa forma maior ou menor autonomia.

As práticas de saúde tem como objetivo a saúde das pessoas. Para isto atuam sobre o ambiente, a organização social e os indivíduos. As práticas tradicionais, ainda fortemente orientadoras do cuidado em saúde, têm valorizado mais as doenças e o ambiente em detrimento das pessoas.

O Método da Roda sugere outra forma de se fazer saúde: com as pessoas e não sobre elas. Para isso, é fundamental aumentar a capacidade de análise e de intervenção dos coletivos, isto é, saber dos problemas e agir sobre eles, unindo teoria e prática (CAMPOS, 2007a).

Conforme Wetzel (2005), a utilização do Método da Roda na educação se justifica por sua prática privilegiar o sujeito e as equipes em contextos de mudança, possibilitando intervenção no cotidiano, produção de autonomia e principalmente construção de sujeitos e coletivos.

Para o desenvolvimento de ações de educação em saúde na perspectiva da Roda, Campos (2007a) sugere uma metodologia específica, baseada na construção de vínculo e de um contrato de trabalho. Para o autor, é necessária, primeiramente, a formalização desse compromisso para que se estabeleça o

vínculo entre os sujeitos envolvidos que, com o tempo, tende a se fortalecer. O vínculo, nesse caso, resulta do acolhimento de uns e da decisão de buscar apoio em outros. Vínculo, nesse contexto, é entendido como a circulação de afeto entre pessoas. Ou seja, para que haja vínculo positivo a equipe deve acreditar na superação das condições adversas. O vínculo pode estimular os grupos a participarem da resolução de seus próprios problemas e a descobrir novas maneiras de enfrentar os velhos. O contrato deve ser formalizado no sentido de acordar com o grupo as diretrizes e uma linha de trabalho. Neste contexto, a definição de papéis e responsabilidades é fundamental para a participação e responsabilização dos indivíduos e do grupo.

Num segundo momento, faz-se necessário definir no coletivo os temas a serem trabalhados na roda, estes entendidos como problemas ou situações que provocam riscos à saúde. A emergência de um tema é sempre fruto de concepções e de perspectivas distintas, ou mesmo, de desejos e de interesses diversos, mas sempre na perspectiva de justificar um projeto de intervenção. Neste sentido, o autor sugere que se utilize uma dupla perspectiva: temas demandados pelo grupo, que se originam do movimento organizado do grupo, e temas ofertados, que emergem em função de uma necessidade de saúde, mas não demandados pelo grupo. Estes últimos também devem ser discutidos e analisados por ele.

Após a emergência dos temas, o grupo deve iniciar a construção dos projetos específicos de intervenção que devem se pautar por uma diretriz básica: a defesa da vida, ou seja, um investimento na saúde entendida como qualidade de vida. Os projetos precisam ser, na medida do possível, elaborados na roda ou de forma participativa. Aspectos operacionais podem ser tratados de modo particular, mas o restante deve ser compartilhado, na forma de co-gestão, facilitando, assim, a construção de parcerias, a descoberta coletiva de novas alternativas no cotidiano e, principalmente, o envolvimento de todos no contexto de mudança.

Um Projeto de Intervenção tem cinco elementos importantes: definição de temas prioritários; análise de contexto, ou seja, como a situação considerada indesejável vem sendo produzida e reproduzida; definição de diretrizes e tomada

de decisão na roda; definição de uma rede de tarefas com potencial para alterar o contexto e a análise da prática ou do resultado da intervenção.

Conforme Campos (2007a), a Metodologia da Roda tem sua força de aplicabilidade na construção compartilhada de tarefas e na posterior análise das dificuldades de levá-las à prática. Além disso modifica os hábitos, os valores e a subjetividade dos sujeitos e coletivos, intervindo dessa forma nos seus contextos sociais e nos seus modos de vida. É nesse contexto que a Pedagogia da Roda como dispositivo de EP se aproxima das idéias de Gastão Campos, mas utilizando as singularidades da equipe de enfermagem e da instituição hospitalar estudada.

4 CAMINHOS PERCORRIDOS NO PROCESSO DE PESQUISA

Este capítulo descreve o caminho metodológico percorrido para coletar e analisar os dados empíricos, considerando os objetivos, as questões norteadoras do estudo e o referencial teórico que o embasa.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para conhecer e problematizar as experiências de EP das equipes de enfermagem, no espaço da Roda, optou-se por desenvolver a pesquisa numa abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritiva.

Como refere Minayo (2007), as abordagens qualitativas ocupam-se com as questões do significado e da intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais. Desse modo, visam compreender a subjetividade de sujeitos, grupos e instituições quanto a valores culturais, relações entre indivíduos e processos históricos e sociais. Nessa mesma direção, Denman e Haro (2002), argumentam que compreender o sentido das ações humanas é um dos princípios fundamentais da investigação qualitativa.

Na pesquisa qualitativa, os estudos descritivos buscam descrever e elucidar a importância, o significado e a forma como se apresenta o fenômeno. Já os estudos exploratórios procuram, além de observá-lo e descrevê-lo, explorar suas dimensões, a forma como se manifesta e os fatores com os quais se relaciona (POLIT *et al.*, 2004). Conforme Vasconcelos (2004), os estudos exploratórios constituem foco mais amplo para a investigação de fenômenos e processos complexos e pouco conhecidos, especialmente quando envolvem realidades sociais com processos subjetivos.

A opção pela abordagem qualitativa tem a ver com o objeto em estudo e com a importância dessa abordagem na construção do conhecimento sobre saúde, referente a concepções, políticas e práticas (MINAYO, 2007).

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário, situado no município de Porto Alegre. O referido hospital é geral, público e de direito privado, tendo sido criado pela Lei 5.604, de 2 de setembro de 1970 (BRASIL), para atuar na assistência, ensino e pesquisa em saúde. Caracterizado como um hospital de grande porte, ele conta com uma infra-estrutura de 749 leitos e, em média, com 4080 trabalhadores de saúde nas diversas áreas de atuação profissional, além dos professores e alunos da UFRGS.

A escolha desse hospital se justifica pelo fato de essa instituição estar desenvolvendo, desde 2005, uma proposta de educação dos trabalhadores de enfermagem que segue os pressupostos da EP, a partir da qual se iniciou um movimento de mudança nas práticas educativas até então realizadas com a finalidade de capacitações técnico-científicas e atualização de conhecimentos.

O Serviço de Enfermagem Médica foi escolhido por ter sido o campo de desenvolvimento de um projeto piloto (PPES), com vistas à EP das equipes de enfermagem. Esse serviço conta com 270 trabalhadores de enfermagem e é constituído por cinco unidades de internação, nas quais predomina o atendimento clínico, com foco no paciente adulto.

O PPES, chamado de *“Rodadas de Conversa sobre o Trabalho em Saúde”*, utilizou o dispositivo da Pedagogia da Roda e os pressupostos da EPS para o desenvolvimento das ações educativas junto às equipes de três, de um total de cinco unidades de internação do serviço. Essas unidades de internação apresentam processos de trabalho semelhantes, no sentido da assistência ao paciente adulto em situações de agravos clínicos, da organização do trabalho e das práticas profissionais.

O PPES pautou-se pela reflexão sobre o processo de trabalho individual e coletivo das equipes de enfermagem, buscando a análise e a intervenção da própria equipe em suas práticas de cuidado.

A pesquisadora teve participação ativa no projeto, desde a busca de referenciais teóricos até o seu planejamento e desenvolvimento, atuando como

facilitadora nos processos educativos em serviço, na unidade de internação que foi campo do presente estudo.

A opção por delimitar em apenas uma das unidades que compuseram o PPES tem a ver com a necessidade de aprofundamento do fenômeno estudado, o que é mais viável numa pesquisa que enfoque uma mesma equipe em todos os três turnos em que ela atua (manhã, tarde e noite).

A escolha da unidade "X" (a unidade será assim identificada para preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa) justifica-se por ser esta a equipe que mais conseguiu avançar, em todos os turnos de trabalho, no andamento do PPES. Além disso, como a pesquisadora atuou como facilitadora no projeto junto às equipes dessa unidade, isto lhe possibilitou maior vínculo com os trabalhadores de enfermagem, bem como conhecimento de seus processos de trabalho nos diversos turnos de atuação. Isso também permitiu à pesquisadora o acompanhamento de todas as etapas do projeto nessa unidade.

Embora o foco do presente estudo seja a experiência do PPES em uma das três unidades envolvidas, é importante referir que, em todas elas, o projeto desenvolveu-se nas três etapas descritas abaixo e em todos os turnos de trabalho.

Primeira etapa

Esta etapa foi considerada essencial para o desenvolvimento da experiência educativa, pois a implementação da proposta dependeu de seus arranjos. Nela, foram constituídos espaços coletivos para:

- apresentação da proposta e concomitante sensibilização da equipe para a aceitação de uma experiência coletiva e inovadora de educação no trabalho;
- estabelecimento de um contrato com a equipe de cada turno, acordando algumas diretrizes relativas às responsabilidades de cada um e da equipe, horário e duração dos encontros, estratégias para sua viabilização durante o turno de trabalho, etc;
- desenvolvimento de vínculo com a equipe.

Segunda etapa

Esta etapa se constituiu no desenvolvimento de oito encontros, chamados de Rodadas de Conversa, planejados com a equipe na etapa anterior. Cada

encontro teve a duração de uma hora, envolvendo cada equipe de enfermagem, grupo de trabalhadores de enfermagem de um turno de trabalho.

Na proposição do PPES, foi definido que, sempre que possível, as Rodadas aconteceriam no espaço cotidiano de prática das equipes, durante seu horário de trabalho. Essa decisão teve, pelo menos, dois motivos principais. Em primeiro lugar, objetivou criar/reforçar/legitimar o vínculo entre educação e trabalho, inventando uma nova cultura institucional, até então orientada pela lógica das capacitações técnicas, definidas verticalmente e realizadas à margem do cotidiano do trabalho. Em segundo lugar, mas não menos importante, a indicação da realização das Rodadas durante o horário de trabalho teve a finalidade de sensibilizar as equipes participantes para o potencial educativo dos seus processos de trabalho e para o caráter permanente desse potencial.

Os três primeiros encontros serviram não só para reflexão de cada equipe sobre o seu processo de trabalho, como também para a emergência dos nós críticos e temas a serem enfocados.

Cada turno escolheu, coletiva e democraticamente, um tema que seria desenvolvido em todos os turnos concomitantemente, conforme acordado no contrato com os participantes. Os escolhidos foram: trabalho em equipe (turno manhã), cuidado ao paciente dependente (turno tarde) e novamente trabalho em equipe (turno noite).

Do quarto ao sétimo encontro, os assuntos priorizados pelas equipes também foram trabalhados na roda. Ali se discutiam os nós críticos, e a equipe colocava sugestões de mudanças para seu turno de trabalho e para as dos outros turnos.

No oitavo encontro, cada equipe fez seus encaminhamentos de tudo o que emergiu das Rodadas de Conversa. Esses encaminhamentos se direcionaram para a própria equipe do turno e, também, para toda a equipe da unidade de internação, incluindo alguns especialmente destinados para a enfermeira-chefe da unidade, para a enfermeira-chefe do Serviço de Enfermagem Médica, já referido anteriormente, e, em última instância, para a coordenação geral de enfermagem do hospital.

A partir dos encaminhamentos de cada turno, formaram-se comissões, com representantes de todos os turnos, no intuito de continuar com as atividades de EP e de otimizar a solução de alguns nós críticos.

Terceira etapa

Nesta fase, implementaram-se algumas das intervenções propostas. Os resultados foram avaliados por cada equipe com o objetivo de decidir se estas haviam sido bem sucedidas ou não. A partir dessa avaliação, novas intervenções puderam ser propostas nas Rodadas de Conversa, que continuaram a ser realizadas mesmo após o encerramento do projeto piloto. As equipes passaram, então, a investir em novas demandas, estabelecendo cronogramas próprios, acordados no coletivo.

A discussão de cada equipe sobre as questões propostas, desenvolvidas nas Rodadas, era facilitada por uma enfermeira e um técnico de enfermagem, ambos membros dessa equipe. A idéia foi estimular a participação de todos no processo educativo. Apesar das particularidades dos grupos de trabalho de cada turno, esse processo continua sendo desenvolvido por toda a unidade, segundo a proposta da pedagogia da roda.

Durante o ano de 2007, a partir da avaliação do Projeto Piloto, por todos que dele participaram, e da análise positiva dos seus resultados, a realização das Rodadas de Conversa foi ampliada para todas as unidades do Serviço de Enfermagem Médica e, atualmente, elas ocorrem em quase todos os serviços do hospital.

No final de cada ano, desde 2007, têm sido realizados encontros dos trabalhadores de cada equipe para a avaliação das atividades educativas desenvolvidas, bem como para a proposição de novos nós críticos e novas demandas a serem incorporadas ao processo educativo.

4.3 OS SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo totalizaram 24 participantes, entre enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem que compõem a unidade “X”, considerando

todos os turnos de trabalho. A participação dos trabalhadores de todos os turnos foi importante, na medida em que cada um deles teve oportunidade de criar suas próprias Rodadas, imprimindo ao processo educativo nuances singulares, definidas em função das especificidades de cada microespaço, das relações de trabalho e das particularidades das suas práticas cotidianas. Além disso, possibilitou conhecer e analisar o processo de trabalho do conjunto de equipes que atuam na unidade e as relações entre elas.

A equipe de enfermagem da Unidade “X” estava distribuída nos seguintes turnos: manhã (M), tarde (T) e três noites (N1, N2, N3). A enfermeira que trabalha das 19h à 1h, no turno intermediário (INT), foi integrada ao da noite por participar das três equipes noturnas; a que atua nos finais de semana e feriados das 7h às 19h (FS) integrou o turno da manhã, porque, nesses dias, integra tanto a equipe da manhã, quanto a da tarde, conforme representado na figura 1.

	M	T	N1	N2	N3	INT	FS	TOTAL
ENFERMEIRAS	2	2	1	1	1	1	1	9
AUXILIARES ENF TÉCNICOS ENF	9	9	6	6	6	-	-	36

Figura 2 – Equipe de enfermagem da Unidade “X”

Após contato com todas as equipes em seus turnos de trabalho, para apresentação dos objetivos do estudo e da opção pela organização de grupos focais com, no máximo, oito participantes de cada uma delas, foram convidados (APÊNDICE A), conforme a disponibilidade dos trabalhadores, duas enfermeiras e seis técnicos de enfermagem de cada equipe dos turnos manhã, tarde e noite. Assim, formaram-se três grupos, conforme figura abaixo, cada um com o número de participantes estabelecido. O grupo formado por trabalhadores da noite foi composto de uma mescla de enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem das N1, N2 e N3, uma vez que são equipes que possuem processos de trabalho semelhantes.

	G1 MANHÃ	G2 TARDE	G3 NOITE	TOTAL
ENFERMEIRAS	2	2	1	5
AUXILIARES ENF TÉCNICOS ENF	6	6	7	19

Figura 3 – Constituição dos grupos focais

Esse número de participantes se justifica no sentido de que as informações coletadas sejam representativas de todos os turnos de trabalho. Além disso, segundo a literatura, oito é o número ideal de participantes de grupos focais, estratégia de coleta de dados a ser adotada na pesquisa (WILKINSON, 2003). Os participantes foram selecionados a partir dos critérios apresentados na figura 3.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Ser integrante da equipe de enfermagem da unidade de internação “X”	Enfermeiras ou técnicos de enfermagem em período admissional (90 dias)
Consentir em participar	Enfermeiras ou técnicos de enfermagem em período demissional

Figura 4 – Critérios para participação na pesquisa

Foram considerados integrantes da unidade de internação “X” as enfermeiras e os técnicos de enfermagem que atuam na equipe efetivamente após o período admissional da instituição, que equivale a noventa dias. Após convite realizado pela pesquisadora e explicação do estudo, passaram a participar da pesquisa os sujeitos que aceitaram integrar os grupos focais em seus devidos turnos de trabalho.

Os trabalhadores de enfermagem em período admissional não foram considerados sujeitos da pesquisa, por ainda estarem em período de adaptação

tanto com os colegas da equipe, quanto ao novo processo de trabalho. Também não se levou em consideração os trabalhadores em período demissional, por motivo de já não apresentarem o mesmo vínculo com a equipe e com a educação pretendida nas Rodadas de Conversa.

4.4 A CONSTITUIÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS E A COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta das informações foi realizada por meio da técnica de grupo focal durante o mês de abril de 2008. A opção por essa técnica, como estratégia para coleta dos dados, se deu em função da necessidade de melhor compreender o fenômeno da educação no trabalho a partir da visão dos trabalhadores que constituíam as equipes de enfermagem e, também, por ela favorecer a troca de experiências vivenciadas pelos participantes.

Grupos focais são encontros grupais semiestruturados, realizados com o objetivo de explorar experiências, opiniões, preocupações, sentimentos, percepções e preferências dos indivíduos participantes por meio da interação, discussão e compartilhamento de idéias entre eles. A técnica possibilita a formação de opiniões e atitudes na interação entre esses indivíduos através dos quais se focalizam comportamentos e relações da vida social (MINAYO, 2007).

A pesquisadora atuou como moderadora dos grupos e contou com duas bolsistas de iniciação científica, que foram responsáveis pela logística para a realização dos encontros e pelo manuseio do aparelho mp3, que registrou as discussões grupais para posterior análise. Uma delas acompanhou a realização dos grupos focais e transcreveu as gravações das discussões das equipes da noite e da tarde; a outra, participou da mesma forma nos encontros realizados com a equipe da manhã.

Cada grupo teve um encontro semanal, de acordo com a disponibilidade dos participantes, com duração de uma hora e meia, totalizando três encontros. A sala escolhida para a realização dos grupos focais localizou-se na própria

instituição do estudo e demonstrou ser adequada quanto a luminosidade, acústica e ventilação.

Cada participante recebeu seis vales-transporte para a sua locomoção, uma vez que os encontros foram realizados em horário diferente do seu turno de trabalho.

Pautados nos interesses da pesquisa e no referencial teórico, os encontros foram orientados por uma agenda que previa temas e atividades propostos para a geração dos debates em cada grupo focal realizado (APÊNDICE B). Entre um encontro e outro, a pesquisadora ouvia as gravações e revisava as transcrições, quando estas já estavam prontas, antes do próximo encontro. Isso possibilitou a revisão do planejamento inicial, oferecendo subsídios para a realização de ajustes e adaptações decorrentes da emergência de novos temas pertinentes ao estudo.

No primeiro encontro de cada grupo, em sua abertura, ocorreu uma recepção de boas vindas e a apresentação da pesquisadora, da bolsista e de cada um dos participantes. Embora a pesquisadora e os participantes já tivessem estabelecido um vínculo durante a realização do projeto-piloto, foram distribuídos crachás com o nome de todos para facilitar a identificação pela bolsista que faria as transcrições dos encontros. A seguir, foram explicados aos participantes os objetivos e as finalidades da pesquisa, sendo, posteriormente, estabelecidas as regras básicas de convivência. Nesse momento, se procedeu à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), que firmou o contrato e o compromisso ético entre a pesquisadora e os sujeitos pesquisados.

No início de cada encontro, era proposta uma atividade de integração sobre o tema do dia. Ao final dela, a pesquisadora oferecia um lanche aos participantes e, por último, era realizado o grupo focal. Ao término, cabia à moderadora resumir as principais questões abordadas, sendo que esse momento também foi usado como estratégia mobilizadora e geradora de tópicos para o próximo grupo focal. Na abertura deste, a pesquisadora fazia uma síntese do conteúdo do encontro anterior, antes de lançar um novo tema para discussão. No último, foi realizado um fechamento dos temas discutidos em todas as sessões grupais.

O encerramento da coleta das informações teve por critério a saturação dos dados (POLIT *et al.*, 2004).

Acredita-se que a atuação da pesquisadora, como facilitadora das atividades educativas no desenvolvimento do projeto-piloto na unidade estudada, e o vínculo anteriormente estabelecido com os trabalhadores favoreceram a disponibilidade destes para participar da pesquisa. As próprias equipes se organizaram para essa participação por entenderam que esse estudo poderia encaminhar novas discussões relativas ao processo de mudança que a enfermagem vem protagonizando no hospital e, mais especificamente, em seu cotidiano de trabalho. É de se ressaltar a disponibilidade e o comprometimento de todos os trabalhadores de enfermagem que tomaram parte na pesquisa, fazendo-se presentes em todos os encontros, apesar dos mesmos serem realizados em turno inverso ao do seu trabalho ou mesmo em situação de pós-plantão, como no caso da equipe da noite.

Para melhor caracterização e conhecimento dos sujeitos da pesquisa e para facilitar a compreensão do contexto do estudo, os participantes responderam a um questionário no primeiro encontro grupal (APÊNDICE D) que embasou a descrição das características e o contexto de vida de cada um deles, conforme figura abaixo.

PARTICIPANTES	IDADE	ESCOLARIDADE	AUXILIAR E TÉCNICO E	TEMPO HC TEMPO UI-X	OUTRO TRABALHO	ESTUDA
GRUPO M						
S1	48	Superior	ENF 1990	HC – 14 a UI – 2 a	Não	Especialização
S2	44	Superior	ENF 1988	HC – 18 a UI – 9 a	Sim 4 anos	Especialização
S3	41	2º grau	AE 1996	HC – 7 a UI – 7 a	Sim 4 anos	Não
S4	39	Superior incompl.	AE 1989	HC – 3 a UI – 3 a	Sim 16 anos	Não
S5	31	2º grau	TE 2002	HC – 6 a UI – 6 a	Sim	Não
S6	40	Superior Incompl.	AE - 1996 TE - 2002	HC – 10 a UI – 10 a	Sim 17 anos	Não

S7	51	2º grau	TE 2000	HC – 6 a UI – 6 a	Sim 1 ano	Não
S8	45	2º grau	AE – 1996 TE – 2002	HC – 4 a UI – 2 a	Sim 8 anos	Curso informática
GRUPO T						
S1	41	Superior	ENF 1991	HC – 16 a UI – 3 a	Sim 5 anos	Não
S2	34	Superior	ENF 2003	HC – 3 a UI – 3 a	Não	Sim
S3	43	1º grau	AE 1990	HC – 9 a UI – 4 a	Não	Não
S4	53	2º grau	AE 1986	HC – 11 a UI – 11 a	Sim 10 anos	Não
S5	43	2º grau	TE 2002	HC – 7 a UI – 6 a	Sim 3 anos	Não
S6	43	Superior Incompl.	TE 1990	HC – 4 a UI – 4 a	Sim 1 mês	Não
S7	30	2º grau	TE 2002	HC – 5 a UI – 5 a	Não	Não
S8	41	2º grau	AE 1999	HC – 9 a UI – 9 a	Não	Não
GRUPO N						
S1	47	Superior	ENF 1996	HC – 21 a UI – 13 a	Sim 1 ano	Não
S2	49	2º grau	AE – 1990 TE – 2002	HC – 11 a UI – 6 a	Não	Não
S3	49	2º grau	AE 1990	HC – 13 a UI – 10 a	Sim 5 anos	Não
S4	55	2º grau	AE 1993	HC – 13 a UI – 13 a	Sim 19 anos	Não
S5	49	2º grau	TE 1997	HC – 15 a UI – 15 a	Sim 3 anos	Não
S6	49	2º grau	AE - 1986 TE – 1995	HC – 20 a UI – 20 a	Sim 2 anos	Não
S7	57	2º grau	TE 1993	HC – 16 a UI – 8 a	Sim 8 anos	Sim idioma
S8	47	2º grau	TE 1999	HC – 9 a UI – 9 a	Sim 15 anos	Não

Figura 5 – Características dos participantes da pesquisa

4.5 A ANÁLISE E A INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPARTILHADAS

As informações coletadas nesse estudo foram submetidas à análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Minayo (2007), que permite a interpretação dos dados empíricos em suas especificidades e significações, em um determinado contexto social e histórico. Uma análise temática consiste em desvendar os núcleos de sentido de uma comunicação que representem significado para o objeto do estudo. O tema refere-se a uma unidade de significação, extraída de um texto analisado, e está ligado a uma afirmação sobre determinado assunto. Ele pode ser representado por uma palavra, uma frase ou um resumo (MINAYO, 2007).

Conforme proposto por Minayo (2007), a análise operacionalizada nessa pesquisa foi realizada por meio de três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos; interpretação.

Na fase da pré-análise, foram realizadas as transcrições das discussões geradas nos grupos focais, exaustivas leituras dessas transcrições e a escolha dos materiais a serem analisados de acordo com os objetivos iniciais do estudo, de modo a atender aos critérios de validação dos temas emergentes: representatividade, exaustividade, homogeneidade e pertinência (MINAYO, 2007).

A utilização de um diário de campo, adotado pela pesquisadora ao longo da coleta de dados, foi uma importante estratégia para o desenvolvimento do processo analítico, uma vez que permitiu registrar impressões pessoais, reações dos participantes e motivos para este ou aquele redirecionamento da coleta de dados.

Os encontros produziram treze horas de gravação, transcritas pelas bolsistas de iniciação científica e revisadas pela pesquisadora.

A etapa de exploração do material consistiu na operacionalização do processo de categorização no qual foi identificado o que emergiu como mais relevante sobre o tema em foco (MINAYO, 2007). Nessa fase, utilizou-se o software Nvivo 2.0, programa que facilitou a análise de material qualitativo, com

as ferramentas de codificação e armazenamento de textos em categorias específicas (GUIZZO; AL, E., 2003).

Na etapa final da análise, foram buscadas respostas para os objetivos da pesquisa por meio da compreensão e interpretação dos dados e da articulação entre os achados da pesquisa e o referencial teórico que a embasa (MINAYO, 2007).

4.6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, que foi campo do presente estudo, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Após aprovação do projeto pelo referido Comitê (ANEXO A), os sujeitos do estudo foram convidados a participar da pesquisa e tiveram liberdade para decidir sobre sua participação ou não nele. Aqueles que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), ficando uma das vias com a pesquisadora e a outra com o participante.

Os participantes foram informados de que as atividades realizadas nos grupos focais seriam gravadas, transcritas e guardadas pela pesquisadora por cinco anos a partir da publicação dos resultados da pesquisa.

No decorrer da dissertação, são citadas falas e trechos das interações ocorridas nos grupos focais as quais foram mantidas em anonimato e confidencialidade, sendo utilizadas exclusivamente para fins de elaboração do conhecimento científico. Para preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa, ao final das falas, os mesmos foram identificados pela letra S e os números de 1 a 8, seguidos da equipe do turno da qual fazem parte, conforme sigla EM (Equipe Manhã), ET (Equipe Tarde) e EN (Equipe Noite). O termo equipe será utilizado como referência a todos os trabalhadores da unidade de internação, em todos os turnos de trabalho.

5 A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE: SABERES E FAZERES DA ENFERMAGEM HOSPITALAR NA RODA

O SUS, como sistema de saúde democrático, desde sua implantação vem sendo instituído a partir de serviços e práticas de saúde previamente constituídos desde uma lógica hegemônica, contrária aos seus princípios e diretrizes. O descompasso entre a formação dos trabalhadores de saúde e as necessidades exigidas pela nova conformação do sistema dificulta uma mudança substancial desse cenário (FEUERWERKER, 2005). Na prática, o sistema ainda é frágil e está em plena construção no que se refere à implantação efetiva de suas políticas, concepções e práticas, e os trabalhadores têm dificuldade para concretizar uma intervenção na realidade da saúde (MERHY *et al.*, 2006).

Uma análise sobre o quanto o SUS avançou na consolidação das suas diretrizes desde que foi proposto sugere que esse avanço tem dependido de uma mudança de cultura nos micro-espços do trabalho em saúde e de uma nova compreensão do direito à saúde, como reafirmação da vida.

Nesse sentido, a aproximação do SUS à atenção em saúde integral e de qualidade tem como requisito a produção, a sustentação e a recriação de atores sociais comprometidos com a construção de si e do outro nos espaços de encontro e de produção de suas práticas cotidianas de cuidado (MERHY *et al.*, 2006).

A partir do pressuposto da integralidade, como princípio, prática e produção de relações e significados, o cuidado se configura como um valor ético-político que, no contexto da saúde, exige comprometimento dos seus trabalhadores e responsabilidade coletiva com as necessidades de saúde da sociedade (PINHEIRO; MATTOS, 2007). A proposta apoia-se no diálogo, na reflexão e na crítica com responsabilidade sobre as inquietações do cotidiano, no sentido de abertura do espaço do trabalho como lugar de problematização e produção de subjetividade para a promoção de processos de mudança.

Mudanças no contexto da saúde estão, portanto, na dependência do potencial do diálogo estabelecido entre e intra-equipes de saúde e entre estas e os usuários.

Como referencial para a educação dos trabalhadores da saúde, a EPS vem ao encontro dos anseios por mudanças, renovando significados e valores do cuidado em saúde por meio de abordagens participativas que privilegiam a escuta e o diálogo, o sujeito do cuidado e os atores envolvidos com o trabalho em saúde (CECCIM, 2005a).

Os dispositivos pedagógicos que geram espaços de discussão e permitem aos trabalhadores da saúde escutar, refletir e atuar sobre os saberes e as práticas cotidianas promovem disrupturas com o instituído e experimentação de novas formas de cuidar em saúde. A importância desses dispositivos se encontra no potencial de desacomodar os sujeitos no dia-a-dia do trabalho e de produzir subjetividades a partir da possibilidade de encontro, diálogo e compartilhamento de saberes. Assim, os valores do cuidado, construídos, ensinados e aprendidos nesses espaços, podem adquirir novos significados na prática desses sujeitos e criar possibilidades de transformação.

No hospital, que é campo desse estudo, o PPES apostou na Pedagogia da Roda como dispositivo com potencialidade para promover processos de trabalho permeáveis à escuta do trabalhador e deste para com o sujeito do cuidado. Ao ampliar os espaços de escuta, o PPES buscou a reflexão e a problematização dos processos de trabalho na sua dimensão individual e coletiva. Nessa perspectiva, as ações educativas realizadas na Roda, a partir das experiências vividas no cotidiano do trabalho, poderiam resultar em produção e descoberta coletiva de respostas ou soluções dos problemas aí vivenciados, num processo de aprendizagem significativa que fortaleceria o trabalho em equipe e, conseqüentemente, melhoraria a qualidade do cuidado realizado.

Para conhecer os limites e as possibilidades da Pedagogia da Roda na promoção da integralidade do cuidado realizado pelas equipes envolvidas no PPES, buscou-se apoio teórico no referencial da EPS e na literatura sobre integralidade.

A análise dos dados, desenvolvida a seguir, tem por base as percepções dos sujeitos das *Rodadas de Conversa*, suas reflexões sobre o cotidiano do

trabalho e sobre as mudanças advindas desse processo dialógico. Em suas falas, identifica-se a importância atribuída à ampliação de um espaço de escuta e a consequente legitimação das *Rodadas de Conversa*, como espaço pedagógico com potência para a promoção do protagonismo dos trabalhadores de enfermagem na instituição estudada. O trabalho analítico vai mostrar que a Roda, além de ser um processo educativo, pode se constituir num campo fértil para a invenção de novas formas de ser e de fazer no contexto da saúde.

Da análise das informações emergiram as categorias e subcategorias representadas na figura 5.



Figura 6 – Categorias e subcategorias

5.1 A REINVENÇÃO DA RODA: CAMINHO PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ENFERMAGEM

Apesar dos avanços do SUS, no que se refere ao reconhecimento e a valorização de processos educativos que promovam a problematização dos micro-espacos de práticas de cuidado e o protagonismo dos trabalhadores de saúde, o contexto hospitalar ainda permanece fortemente influenciado pelos pressupostos da EC. Nas instituições hospitalares, as metodologias transmissivas e verticais, baseadas no pressuposto de que os conhecimentos definem as práticas, tendem a prevalecer em relação a outras modelagens mais participativas, que valorizam as experiências vividas no cotidiano do trabalho.

O sentido da Pedagogia da Roda seria de propor novas concepções de educação e de saúde através de um dispositivo de criação e recriação de possibilidades à realidade ao desencadear processos educativos que possibilitassem aprendizagens significativas e que fizessem diferença na produção do cuidado.

Na proposta da EP, a Roda emerge como espaço de reinvenção de formas de fazer educação em saúde no âmbito hospitalar e de valorização dos saberes e fazeres de cada ator social e do coletivo, envolvidos com o cuidado em saúde.

Um novo educador/educando também se (re)constrói nesse cenário que possibilita uma prática educativa aberta, plural e democrática, baseada no respeito às diferenças individuais e no diálogo, como mediador das relações entre os sujeitos (LOYOLA; ROCHA, 2002).

Como refere Freire (2007), essa capacidade de atuar, refletir e transformar a realidade, própria da natureza humana, é que faz do homem um ser de compromisso verdadeiro, isto é, um ser de práxis. No caso do trabalhador de saúde, é necessário unir o compromisso que lhe é próprio, como homem, ao compromisso profissional, que assumiu ao se fazer profissional. Dessa forma, segundo Freire (2007), “quanto mais me capacito e sistematizo minhas experiências, mais aumenta minha responsabilidade frente ao mundo” (FREIRE, 2007).

Na experiência analisada, as *Rodadas de Conversa* foram reconhecidas e valorizadas pelos sujeitos da pesquisa como importantes espaços de escuta e diálogo para os trabalhadores. Como era esperada, a valorização coletiva desses espaços favoreceu o envolvimento e a responsabilização desses sujeitos com o processo pedagógico aí constituído, fazendo emergir novos saberes e práticas.

A análise das informações coletadas sugere que a ampliação de olhares mobilizados pela educação dos trabalhadores da saúde, no sentido de transformação das práticas, pressupõe investimento nos sujeitos e nas equipes, a partir de uma educação que possibilite a ética do cuidado, a autonomia e a ressignificação de suas próprias práticas. Das informações produzidas nos grupos focais, que permitiram identificar e caracterizar esse cenário, emergiram as subcategorias cujos conteúdos serão analisados a seguir.

5.1.1 *É muito melhor conversar, sentar na roda e discutir: ampliando os espaços pedagógicos*

O destaque conferido ao diálogo e à escuta, no contexto da educação permanente, está apoiado no pressuposto de que a interlocução entre os sujeitos de uma ação educativa resulta numa aprendizagem que ultrapassa a mera apreensão de informações. Do diálogo entre os sujeitos sobre a realidade compartilhada, resulta a capacidade de intervir, de uma forma criativa e responsável, nessa realidade, de modo a transformá-la. Esse processo é o que Freire (2001) chama de práxis – ação, reflexão, ação – proposta pelo autor como estratégia para a transformação do mundo.

A análise dos dados sugere que, no cotidiano de trabalho da equipe pesquisada, é viável a ampliação, criação e manutenção de espaços de diálogo e escuta, embora isso possa ser influenciado, positiva ou negativamente, por fatores relacionados aos sujeitos, aos coletivos e aos processos de trabalho.

Quando se discutiram, nos encontros grupais, os fatores que facilitaram a ampliação dos espaços pedagógicos, permitindo que as *Rodadas de Conversa*

se concretizassem como tal no âmbito do trabalho da enfermagem, a opinião da equipe, em todos os turnos, foi convergente, indicando, como de grande relevância, a escuta do trabalhador por elas propiciada.

S2 - Eu acho, assim, que foi bastante benéfico para nós, que a gente pôde ser ouvida com bastante atenção, conversar mais, ser mais franca, mais aberta, e isso, para nós, foi muito importante, porque a gente tava precisando disso no momento.

S4 - Eu acho que é tu poder falar o que tu pensa e o que tu acha. E pelo menos alguém te escutou...

S6 - Mas realmente a gente teve bastante liberdade, eu acho que teve uma noite que a gente falou muito, foi um horror, ela (facilitadora) ficou com dor nas orelhas de tanto nos ouvir, mas foi muito bom.

S5 - Olha, eu gostei que a gente tivesse essa oportunidade de falar e ter alguém para nos ouvir, ouvir os problemas. (EN)

O diálogo acima sugere que não é comum a prática de escuta do trabalhador no contexto estudado. Como evidenciado nas interações grupais, espaços educativos no trabalho, como as *Rodadas de Conversa*, representam um mecanismo democrático e participativo, favorecendo o diálogo e a troca entre os sujeitos e viabilizando novos arranjos entre os trabalhadores, tanto em suas relações, quanto na organização dos seus processos de trabalho. Considera-se que dar voz e lugar a esses trabalhadores se constitui em um dos desafios da EP (CECCIM, 2005a; MERHY *et al.*, 2006).

A noção de “coletivos organizados de produção da saúde”, de Ceccin (2005b), corrobora o argumento anterior ao referir que o coletivo implicado com a proposta do SUS configura uma convergência entre pessoas diferentes numa composição de Roda que articula os trabalhadores na produção de saúde numa prática pedagógica que possibilite “*aprender a aprender*” no cotidiano do trabalho. A produção de saúde, no caso da equipe desse estudo, teve como ponto de partida as interações entre os trabalhadores as quais estabeleceram novas formas de experimentação, cooperação e valorização do diálogo e da escuta no contexto do trabalho (CECCIM, 2005b).

O desafio, portanto, é pensar o espaço da Roda como um lugar de produção do cuidado e também como espaço pedagógico no qual se produz aprendendo e ao mesmo tempo se reconstrói a própria subjetividade (CAMPOS, 2007a). Campos (2007a) refere que este é o fator Paidéia do Método da Roda

que foi utilizado como um dos referenciais para o desenvolvimento das *Rodadas de Conversa*. O fator Paidéia, quando ativado pela equipe por meio de enfrentamentos das situações concretas do trabalho, tem potencial para ampliar a capacidade dos sujeitos em compreender a si mesmos e o contexto (CAMPOS, 2005).

Teixeira (2001) desenvolve argumento semelhante ao trazer a ideia da antiga Grécia, de Paidéia, como a interface entre educação, técnica e cultura, no sentido da transformação que se dá pela comunicação e pelo encontro. Essa interface vai orientar os domínios de ação e significação, definindo a dimensão do encontro, além de promover a produção de subjetividade, tanto por instâncias individuais, quanto coletivas e institucionais.

No caso das *Rodadas*, a produção de subjetividade, concebida na dimensão individual, ocorreu por meio dos processos de subjetivação, enquanto que, na dimensão coletiva, foi produzida por processos que não se deram no indivíduo, mas o atravessaram durante a construção do processo coletivo e social de que participaram. Para o autor, o produto do processo coletivo constituído não é o sujeito de alguma coisa ou o sujeito da ação, mas o sujeito da subjetividade como coisa produzida, como sujeito de formação e trans-formação. Partindo do pressuposto de que todo espaço de relações sociais se constitui e opera em parte como espaço pedagógico, considera-se que a criação do espaço das *Rodadas de Conversa* carrega a idéia de reciprocidade entre espaços pedagógicos e a constituição de um olhar singular e inovador, com vistas à transformação das práticas da enfermagem no contexto hospitalar (TEIXEIRA, 2001).

A escuta e o diálogo foram destacados pela equipe de trabalhadores que participaram da pesquisa como importantes não só no sentido da valorização da singularidade das experiências individuais, mas também em relação ao que foi vivenciado coletivamente.

S3 - **Eu**, por exemplo, pouco falo, tenho dificuldade de me expressar... Então, se **a gente** tem essa chance de colocar para as pessoas o que a gente pensa, muitas vezes, esses encontros ajudaram bastante.

S2 - De repente a melhor forma é **a gente** sentar e conversar.

S3 - É lógico que é bom para a unidade, **para ti próprio e para todos**. (EM)

S3 - Eu acho, assim, que tem que ter o apoio e a liberdade de **a gente**

S8 - Pelo menos para mostrar um pouco das dificuldades. (EN)

S3 - Porque é importante..., não é só o grupo na hora do trabalho e aquela coisa... De vez em quando discutir, colocar pra fora, falar...

S7 - Isso é muito bom e nós precisamos... (ET)

Em espaços nos quais se faz uso de tecnologias leves ou relacionais, como nas *Rodadas de Conversa*, é possível escutar os ruídos do cotidiano do trabalho e interrogar as relações dos trabalhadores da saúde entre si e destes para com os sujeitos do cuidado. Nessa experiência, construir uma relação mais solidária entre os trabalhadores se constituiu no ponto de partida para a produção de um trabalho coletivo (MERHY, 2006).

No livro “Caminho das Pérolas”, de Cristina Loyola e Sebastião Rocha (2002), são encontradas semelhanças aos relatos de enfermeiras no tocante à valorização dos espaços relacionais para a constituição de um coletivo com potencial para uma transformação do cotidiano do trabalho para que este seja pautado no compartilhamento de saberes, no vínculo e na ressignificação dos valores do conviver (LOYOLA; ROCHA, 2002).

A análise sugere que, nesse espaço de interações, os sujeitos tiveram a oportunidade de se abrir para a experimentação do conviver, compartilhando a possibilidade de criação de uma nova realidade, seja na busca de consenso nas situações de divergência ou na construção de um projeto comum. Essa nova realidade pode ser profícua no desenvolvimento de vínculo entre os trabalhadores da equipe (MATURANA, 1998). Como refere Maturana (1998), o desejo de convivência num projeto comum é um convite à criação e à democracia, no sentido de romper fronteiras culturais e fronteiras de saberes e poderes.

S6 - Realmente a gente teve chance de falar mais abertamente nossos problemas e também muitos problemas que são só do grupo...

S1 - Pelo menos aquele espaço era um número de pessoas pequenas, então as pessoas se sentem mais a vontade até de se expor. Porque a gente fica segurando, segurando as coisas e aí tem um momento, que em pequenos grupos a gente se sente mais à vontade.

S2 - Com as pessoas conversando, expondo o seu ponto de vista... (EN)

Essa nova forma de comunicação, vivenciada pelos participantes da pesquisa, ampliou os espaços de escuta já existentes e criou outros, fortalecendo o vínculo entre os trabalhadores, como demonstram as falas acima. Esse

movimento “pró-escuta” de todos os trabalhadores da equipe, em todos os turnos, permitiu uma certa generalização da experiência do diálogo, intensificado, em função da inclusão das *Rodadas*, no tempo e no espaço do trabalho.

Os dados sugerem que o reconhecimento do potencial da escuta e do diálogo para a comunicação, tanto de interesses particulares, quanto dos que são comuns a todos, e a descoberta, em alguns momentos, de que muito do particular está presente no coletivo resultou em um genuíno interesse em ouvir o outro, suas necessidades e projetos de vida, um processo de escuta ativa que estimulou a participação (AYRES, 2004b).

S6 - Eu acho que a gente sempre foi ouvida... Mas não dessa forma que a gente está participando.

*S2 - Eu vejo uma coisa bem positiva: é que a **unidade se abre**... as pessoas trazem seus interesses (EM).*

Quando S2 relata que a “*unidade se abre*” para compartilhar as situações do trabalho, sugere um estímulo à compreensão das diferentes experiências, ideologias, desejos e interesses de cada trabalhador da equipe, o que, provavelmente, fez emergir possibilidades de melhorias na convivência e, conseqüentemente, no enfrentamento dos problemas do cotidiano (MATURANA, 1998).

Cenários hospitalares comumente trabalham tendo como referencial um saber estruturado, fruto do especialismo, o que facilmente produz no trabalhador um padrão de escuta que não interroga e não problematiza suas relações e suas práticas de cuidado. A referência de S6 de que os trabalhadores sempre foram ouvidos, mas não “*dessa forma que a gente está participando*” sugere uma experiência pouco produtiva de comunicação, no sentido de um processo comunicativo permeado por “*escutas surdas*” no qual se perdem oportunidades para o exercício do protagonismo e da criatividade para transformar as práticas no trabalho (HECKERT, 2007).

Heckert (2007) destaca a “*escuta surda*” como efeito das práticas de formação, pautadas pela neutralidade de processos de trabalho tecnicistas que não oportunizam a indagação do cotidiano, no sentido da criação de novas formas de realização desse trabalho. Essa “*escuta surda*” contribui para que

esses processos se deixem conduzir pela repetição de modos de trabalhar já instituídos. Pode-se inferir daí que a equipe estudada, em todos os turnos, ao se referir à experiência de uma escuta mais participativa, se deu conta da diferença entre produção de escuta “surda”, configurada como ato de transmissão de saberes, e da escuta “experimentação”, promovida nas *Rodadas* por meio de um ato pedagógico interrogativo (HECKERT, 2007).

No mundo do trabalho, em particular no meio hospitalar, encontros das equipes com um cunho mais participativo e menos diretivo são, frequentemente, entendidos como perda de tempo, e a conversa e o diálogo, como lazer. Em seus relatos, apesar de reconhecerem a existência de espaços de diálogo e escuta, anteriormente à experiência das *Rodadas*, os participantes da pesquisa os definiram como encontros de “bastidores”, momentos informais de aprendizagem e comunicação, sem a legitimidade institucional conferida às *Rodadas de Conversa*.

S1 - Sempre existiram outras maneiras de comunicar, estudar aqui na unidade... Nos bastidores, existe outra forma de comunicação, mas sempre houve uma troca.

S4 - Só o fato de conversar sobre o assunto após o plantão, no posto de enfermagem ou mesmo no lanche já é válido... (EM)

A fala de S4 revela a importância do diálogo no ambiente de trabalho, mesmo de modo informal, como, por exemplo, na passagem de plantão. Entretanto, para que esses espaços se legitimassem, como parte dos processos de trabalho da equipe estudada, foi preciso promover novos arranjos na organização do processo de trabalho da equipe que possibilitassem a criação de um tempo para as *Rodadas* (CECCIM, 2005a; BARROS, 2007a; CAMPOS, 2007b). Na medida em que os trabalhadores faziam arranjos coletivos para possibilitar que os encontros acontecessem em seu horário de trabalho, as *Rodadas de Conversa* foram ganhando importância, sendo valorizadas e legitimadas pelo grupo como espaço concomitante de educação e de trabalho. Destaca-se que a oportunidade de participação nas *Rodadas de Conversa* levou esses trabalhadores a valorizar, ampliar e sistematizar encontros de diálogo e de escuta que, de certa forma, já existiam, embora não se tivesse consciência da

sua importância educativa, nem do seu potencial para transformar positivamente a prática.

Outro destaque pode ser dado ao potencial educativo dessa organização da equipe para abertura de um espaço para as *Rodadas* no contexto do trabalho, principalmente com relação aos saberes aprendidos sobre formas de negociar e/ou flexibilizar interesses particulares em prol de benefícios para o coletivo. Como outros autores já argumentaram, em espaços como o das *Rodadas*, destinados à reflexão sobre o trabalho e sobre os processos relacionais da equipe, abrem-se possibilidades para a criação e abertura ao novo no coletivo (CECCIM ; FERLA, 2009; AYRES, 2004b; BARROS, 2007b).

Para Campos (2007b), o reconhecimento das *Rodadas*, como espaço legítimo de diálogo entre os trabalhadores, caracteriza a produção de uma “obra” conjunta, com a contribuição singular de cada um e a co-participação de todos, como sujeitos dessa organização. O conceito de “obra”, utilizado pelo autor, se refere ao reconhecimento do resultado do trabalho a partir da aproximação e articulação da criatividade do trabalhador, com suas responsabilidades e com a produção de saúde. O reconhecimento e a valorização das relações no trabalho, revelados nas interações grupais, representaram potencial para ampliar a capacidade de análise do coletivo na direção da realização pessoal, formação de compromisso e construção de contratos e vínculos entre a equipe (CAMPOS, 2007b).

S5 - Pra tudo a gente tem que fazer um sacrifício, para a melhoria, a gente tem que se sacrificar para conseguir alcançar. .

S6 - Porque daí um ajudava o outro, vamos lá, tem que lanchar, porque tal horário tem a reunião, tem que tá todo mundo pronto, pasta fechada, tudo...

S4 - O grupo se organizou. (EN)

S3 - É um esforço, mas é lógico que é bom para a unidade, para ti próprio e para todos. Tem pontos positivos, que é a nossa organização. Na primeira reunião foi difícil; na segunda, tu começa a ver outro horário para fazer as coisas.

S4 - É muito melhor conversar, sentar na roda e discutir... (EM)

S6 - Não vai ser todos os dias... É uma ou duas vezes por mês...

S1 - É, não vai ser todos os dias. O pessoal pode se organizar nesses dias... (ET)

A afirmativa de “*que é muito melhor conversar, sentar na Roda e discutir*” reforça o argumento de que, a partir das *Rodadas*, emergiu, no ambiente do

trabalho, uma nova forma de olhar e valorizar os espaços relacionais. As falas acima corroboram o que já foi referido anteriormente sobre o potencial pedagógico das *Rodadas* o qual possibilitou aprendizagens e incentivou o rompimento com as formas de relação instituídas, o que trouxe como consequência a produção de espaços criativos e o estímulo à escuta ativa.

Como referido na literatura, experiências de utilização de dispositivos de EP, como a Pedagogia da Roda, possibilitam um movimento de implicação ética dos trabalhadores com as atividades educativas e com o mundo do trabalho (CECCIM, 2005a; MERHY, 2005; ROVERE, 2005). Os dados acima são reveladores dessa implicação e desse comprometimento em relação à viabilização do desenvolvimento de ações de educação no contexto do trabalho.

Ainda que a maioria dos trabalhadores participantes da pesquisa tenha considerado o espaço das *Rodadas* como elemento importante em seus processos de trabalho, algumas dificuldades para realizá-las foram referidas com ênfase pela equipe, em todos os turnos.

A principal dificuldade relatada pela equipe refere-se aos processos de trabalho instituídos na lógica tecnicista. Mesmo reconhecendo a importância da escuta do trabalhador no contexto hospitalar, a equipe, em suas falas, demonstrou uma valorização diferente em relação a procedimentos, fluxos e rotinas técnicas. A sobreposição da dimensão técnica à dimensão dialógica do cuidado evidencia características particulares do funcionamento da maioria dos hospitais, tradicionalmente vivenciadas nos fluxos organizacionais de forma tecnológica, hierarquizada e verticalizada (PEDUZZI *et al.*, 2009; CECILIO; MERHY, 2007; AYRES, 2007).

As falas dos trabalhadores sugerem que o hospital, que foi campo desse estudo, e, conseqüentemente, a enfermagem que nele atua, opera consolidadamente a partir de uma concepção restrita de trabalho produtivo, tendendo a desvalorizar a produção de valores socialmente construídos que estão implicados no trabalho. Ceccim (2005b) defende a democratização das organizações de saúde no SUS, por meio da EPS, em oposição às formas hierarquizadas e regionalizadas de uma racionalidade gerencial hegemônica. Para representar essa ideia, o autor propõe o diagrama de uma “mandala”, um

círculo sobre um quadrado, de modo que todas as linhas estabeleçam contato entre si e estejam em permanente movimento, irradiando-se de um centro ou movendo-se em direção a ele, como oposição à figura da pirâmide que representa a hierarquia das formas de trabalho produtivo. Na lógica da “mandala”, por meio de estratégias mobilizadoras, os trabalhadores da saúde transmutam da hegemonia da técnica para uma visão de trabalho vivo, no qual se operam processos e relações de forma participativa. Assim, os trabalhadores de saúde deixam de ser “recursos da gestão” ou “recursos humanos” para assumir uma posição de “atores sociais”, implicados com a qualidade da produção de saúde. Ceccim (2005b) propõe, então, que, ao invés de trabalhadores, utilize-se um termo que demonstre esse novo jeito de ver e produzir saúde: “coletivos organizados de produção da saúde”. Merhy (2007) destaca essa mesma imagem do trabalhador da saúde ao se referir à força das tecnologias leves (das relações) para gerar implicação e compromisso do trabalhador com a produção de si e da saúde.

Encaminhando uma mudança de cultura nos padrões cuidadores, a qual vem se desenhando na instituição nos últimos anos, movimentos de emancipação e espaços mais participativos têm se formado, sem, no entanto, dar conta de uma mudança mais radical (CAMPOS, 2007b). Nesse sentido, os dados sugerem que o “modus operandi” tradicional do trabalho da enfermagem tem sido um grande entrave, num sentido mais genérico, a transformações mais consistentes na organização dos processos de trabalho da enfermagem e, em particular, à inserção das *Rodadas* na agenda das equipes.

S1 -... Quando estamos participando, daí tem que encaminhar paciente, atender, é telefone, sabe... [a Rodada] Atrapalha.

S6 -... e depois, na verdade, tu tem que fazer em uma hora o que tu faria em três. Então é um atropelo só, é uma correria...

S3 -... Justamente, porque tem que fazer o serviço e tem que largar tudo e parar, e a gente fica lá com a cabeça na reunião, com a cabeça no corredor... A gente não consegue se concentrar nem em numa coisa nem na outra...

S6 -... então tu fica naquela tensão ali, o que ta acontecendo lá fora... Muitos colegas meus não conseguem... (ET)

À medida que são narradas as dificuldades encontradas para “fazer a Roda”, novos elementos, constituintes dos processos de trabalho da

enfermagem, vão sendo apresentados como origem dessas dificuldades. Nesse sentido, a divisão do tempo para dar conta das ações de cuidado que são responsabilidade da enfermagem, já estabelecidas na rotina de trabalho, parece ser um obstáculo importante. Os diálogos sugerem uma organização do trabalho centrado no fazer e no modelo de divisão de tarefas, o que não permite colocar a interação pessoal no mesmo plano de ação. Tal modelo acompanha a enfermagem desde a sua origem, constituindo níveis hierárquicos entre a concepção e a execução do cuidado (PIRES, 1989).

S3 - [As Rodadas] quebram o teu ritmo... Por exemplo, tu tens que dar banho, fazer curativo, dar medicação. Depois, tu tens que parar tudo, porque tem a reunião e depois voltar ali, e quebrou o ritmo, e já passou do horário da medicação, horário disso, horário daquilo... E tu tens que correr atrás...

S1 - É que a gente tem esta dificuldade,... Fazer no horário de trabalho é um problema...

*S5 - É que a gente fica um pouco preocupado no **que ta acontecendo com o paciente, se o familiar ta chamando ou se o telefone ta tocando...***

S4 - A gente não consegue fazer o serviço bem como a gente gostaria de fazer. (ET)

Os dados indicam uma organização de tarefas orientada por um modelo gerencial racional no qual o foco está na produção, controle de tempo e movimento, enquanto que o trabalho se realiza de modo fragmentado, em unidades verticalizadas e num coletivo com tendência à alienação (FELLI; PEDUZZI, 2005; PIRES *et al.*, 2004). A referência ao “ritmo” lembra controle de tempo e movimento, enquanto “dar banho”, “fazer curativo” e “dar medicação” remete a essa noção de fragmentação do cotidiano do trabalho da enfermagem. O desenvolvimento das *Rodadas de Conversa* pode ser um ponto de partida para a superação desse modelo, na aposta que faz numa articulação entre técnica, política, comunicação e cidadania (MATUMOTO *et al.*, 2001).

Teixeira (2001) corrobora esse argumento ao relacionar a produção coletiva de subjetividade com determinadas condições objetivas do contexto. No caso das *Rodadas*, não é a subjetividade do sujeito, mas a de cada um no coletivo que, atravessada pelos nós críticos dos processos de trabalho no contexto hospitalar, vai buscar fazer sentido umas às outras. Os meios técnicos induzem, mas não determinam as formas de sociabilidade ou subjetividade

produzidas no espaço da Roda. A superação desse modelo mais radical, vivenciado pelos participantes da pesquisa, dependerá dos arranjos articulados no coletivo, durante os encontros, e além deles, de modo que cada sujeito, cada reflexão e cada ação possa intervir na história coletiva da equipe (TEIXEIRA, 2001). Para Teixeira (2001), esse processo teria como pano de fundo uma visão da realidade com legítimos “encaixes” entre subjetividade e objetividade.

A sobrecarga de trabalho é outro componente referido como entrave para a realização das *Rodadas de Conversa* no tempo e no espaço do trabalho:

*S6 - O problema é a **escala**, exatamente, o problema é a escala, às vezes tem pacientes graves que às vezes tem **muitos procedimentos**, aquilo te...*

S5 - Teve um dia que eu disse assim: “ah, eu não vou participar desta reunião, porque eu não vou conseguir fazer, cuidar da minha escala”.

S6 - Eu não vou te negar que eu passei por momentos de angústia, porque em uma reunião que eu tava numa escala horrível, e aquele tempo que eu fiquei fora fez falta no final. Parecia que eu não ia chegar até as treze horas e finalizar, porque eu tinha que finalizar.

*S8 - Porque a manhã parece que ela é curta. Então **tu tens tudo cronometrado**, cada atividade que tu tens, cada paciente que tu tens...*

S3 - Na primeira reunião que teve, eu cheguei bem depois que já tinha começado, porque eu senti que não ia conseguir fazer, eu corri para tentar fazer tudo antes da reunião, mas mesmo assim eu cheguei bem depois. (G1)

Apreende-se nos depoimentos, mais uma vez, o direcionamento das ações da equipe para “o fazer”, colocando em destaque “a escala”, “os procedimentos”, “o tempo”. Nos grupos focais, ficou claro que, em suas atividades do dia-a-dia, os trabalhadores vivem com uma pressão constante para produzir resultados em seu turno de trabalho, geralmente com prazo determinado e com base em regras rígidas e pré-determinadas (PEDUZZI; ANSEMI, 2002). Percebe-se nas manifestações da equipe que o desejo de participar das *Rodadas de Conversa* era acompanhado do desafio de realizar, ao mesmo tempo, as tarefas do cotidiano.

Os dados sugerem que a tradição de executar procedimentos técnicos, escalonados de acordo com uma fragmentação pré-estabelecida e monótona do tempo, e a responsabilidade para com o cuidado, definido nesses termos, não lhes permitia conferir o mesmo valor à novidade da prática da escuta e do diálogo àquelas que já compunham sua rotina de trabalho. Além disso, o hábito de “fazer sempre do mesmo modo”, sem tomar um tempo da ação para pensar e inventar

novas “formas de fazer”, acabou criando dificuldades adicionais no sentido da falta de estímulo para reorganizar o processo de trabalho e abrir espaços no tempo para a vivência de experiências novas. Quando um dos participantes refere que ficava “*com a cabeça na reunião e com a cabeça no corredor*”, fica evidente sua implicação com o cuidado que realiza, o que não lhe permitia estar “inteiro” nas *Rodadas*, usufruindo das possibilidades de reflexão e troca sobre a prática e, talvez, buscando, com o coletivo, outras formas de trabalhar que pudessem aliviar a sobrecarga de trabalho (CECCIM, 2005a; CECILIO ; MERHY, 2007; AYRES, 2007; MERHY, 2005).

Se, por um lado, o trabalho da enfermagem guarda especificidades importantes, por outro, constitui-se, essencialmente, pelas relações entre os trabalhadores e entre estes e o usuário. Utilizar dispositivos, como a Pedagogia da Roda, pode viabilizar, por meio da problematização da prática, novos arranjos na organização do trabalho, como no caso dos participantes da pesquisa que, mesmo com dificuldades, conseguiram se organizar para participar das *Rodadas*.

5.1.2 A gente não está aqui para aceitar tudo, a gente precisa entender as coisas: aprendizagem significativa no cotidiano do trabalho

Como já referido, a EP desenvolve-se a partir da realidade do cotidiano do trabalho e utiliza-se da problematização das experiências pessoais e sociais dos trabalhadores como ponto de partida para a aprendizagem significativa, de modo a ultrapassar o domínio técnico e científico específico de cada profissão (FURTER, 1987).

A aprendizagem pelo trabalho só tem sentido se estiver inscrita na complexidade da experiência de trabalho, havendo uma estreita relação desta com a da situação de encontro. Portanto, para que o vínculo entre formação e cidadania se estabeleça além dos procedimentos, todos os valores do conviver precisam ser colocados em debate (SCHWARTZ, 2002; NOUROUDINE, 2002).

Como refere Freire (2006), é fundamental proporcionar aos trabalhadores, em suas relações uns com os outros, a experiência de se reconhecer e se assumir como sujeito, tanto na dimensão individual, quanto no coletivo. O trabalhador precisa ter possibilidades de inventar a partir do próprio trabalho e, assim, construir sua cidadania, pautada em valores humanos, éticos e políticos para não ser capturado pela eficiência técnica (FREIRE, 2006).

A problematização da prática, oportunizada no espaço das *Rodadas de Conversa*, permitiu a reflexão crítica sobre a singularidade e a dinamicidade das experiências do cotidiano, estimulando a proposição de ações para o enfrentamento responsável e criativo das situações vivenciadas individual e coletivamente. De modo geral, esse espaço foi percebido pelos trabalhadores como possibilidade de atualizar e aprender saberes, criando, a partir daí, coletivamente, novas maneiras de cuidar.

*S1 - As coisas **vinham muito prontas...**e depois das rodadas...e **agora a gente busca** - o que tá faltando, o que a gente precisa melhorar.
S2 - **E tu tem que pensar:** o que eu posso fazer?.
S3 - As rodadas trouxeram muitas modificações, a gente se reciclou pra muitas coisas que a gente já tinha esquecido. Então te reciclar, ver coisas novas e voltar a outras coisas que tu aprendeu logo no início... E quando tu faz o curso tu aprende tudo... Então, de certa forma ajudou a unidade... a rever alguns conceitos. (EM)*

As falas sugerem que uma concepção bancária de educação vinha permeando as oportunidades de aprendizagem e atualização de saberes, oferecidos pela instituição aos trabalhadores de enfermagem (FREIRE, 2001). Um dos principais problemas dessa concepção de educação é que ela investe na transmissão de saberes que pré-existem à realidade específica do trabalho de cada indivíduo ou equipe e que geralmente estão concretizados na forma de um "pacote" pronto de cursos, tendendo a se manter dissociada dessa realidade e do compromisso com a sua transformação (PEDUZZI *et al.*, 2009; Brasil, 2004; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; MERHY, 2005).

Já nas *Rodadas*, como evidenciam as manifestações dos participantes da pesquisa, os trabalhadores tiveram oportunidades para experimentar uma

concepção problematizadora de educação, viabilizada pela participação de todos na reflexão sobre o cuidado produzido no coletivo.

S5 - É... mas a gente tem que parar, pensar por que a gente tem que fazer aquilo, não é só porque tem de fazer, mas é por muito mais... Eu acho que é bem importante.

S8 - Conhecimentos de um para outro, o que ela sabe ela passa pros outros, e assim vai indo... Vai crescendo... (EM)

S5 - A gente aprende um com o outro, vai trocando idéias, vai vendo soluções ... todo mundo encaminhando ...

S6 - Eu acho que foi válido também, muita coisa eu acho que foi válido. A gente pensar e repensar, principalmente. (ET)

A aprendizagem ganha sentido quando os trabalhadores podem pensar sobre o seu fazer, rever seus conceitos, valores e práticas, reinventando, assim, “modos de fazer” e a realidade vivida no trabalho (FREIRE, 2001). Esta experiência de abertura ao outro, vivenciada nas *Rodadas de Conversa* como prática de reflexão crítica, possibilitou que os sujeitos da pesquisa fossem reconstruindo referências de si e do outro a cada encontro de que participavam (AYRES, 2007).

Na experiência das *Rodadas*, o grupo se abriu para a relação dialógica, interrogando o cotidiano do trabalho e buscando explicações e respostas a dúvidas e questionamentos produzidos nesse contexto. *Como estamos trabalhando? Como gostaríamos de trabalhar? O que está faltando para podermos trabalhar da maneira que queremos e de forma a atender nossos compromissos para com a saúde dos indivíduos que cuidamos?* Tais indagações frequentemente apareceram implícita e explicitamente nas interações grupais. Essa postura crítica, essa inquietação, essa curiosidade sobre o seu fazer na enfermagem possibilitou a criação de novas possibilidades de prática para os trabalhadores de enfermagem ao se tornarem, todos, sujeitos do processo educativo das *Rodadas* (FREIRE, 2001).

S1 – É que a gente se deu conta, entendeu melhor ... que todo mundo tem condições de fazer, todos tem condição de identificar o contexto das coisas. A gente consegue melhorar, consegue trabalhar melhor.

S4 - A gente pode se entender melhor, mostrar outra maneira, não é o teu jeito que é o certo. E de repente tem alguém do meu lado que sabe o jeito mais fácil... para mim, para o paciente...(EM)

A partir do diálogo acima, pode-se inferir que a problematização do processo de trabalho promoveu a conscientização sobre o potencial de cada um e de todos para a transformação desejada. A análise sugere que a descoberta desse potencial estimulou o exercício da autonomia e o reconhecimento da capacidade pessoal e coletiva para identificar, analisar e romper com os saberes e práticas instituídos naquele contexto hospitalar (FREIRE, 2001). No diálogo transcrito abaixo, pode-se sentir o direcionamento do grupo para a superação de uma fase de acomodação e para o compromisso coletivo com uma atitude diferente, orientada para o protagonismo.

S2 - As rodadas estão aí pra gente sentar e discutir, (...) e revertermos essa situação de acomodação, nós só reclamando não vai adiantar...

S1 - A gente não está aqui para aceitar tudo, tem que dar o remédio assim e acabou o assunto. Não. O objetivo do nosso trabalho não é esse, a gente precisa entender as coisas.

S8 - É opinar, pensar junto...

S3 - E às vezes tu sabe que tem o problema, mas não sabe achar soluções para o problema,

S2 - Aquela coisa de tu veres junto com a equipe o que pode fazer junto, ou a própria equipe ver - não tem mais o que fazer e estamos abertos para sugestões. Aquilo de ver o que foi importante, o que cada um trouxe...

S1 - Isso é uma construção. A colaboração das pessoas, eu acho que faz muita diferença. Isso que é o processo de construção... (EM)

Na interação entre saberes da prática e a práxis, as *Rodadas de Conversa* promoveram processos de subjetivação e de cognição capazes de intervir na realidade e de modificá-la (FREIRE, 2001; GADOTTI, 2006; FRANCO, 2007).

S3 - Sem dúvida! Eu acho que lá [nas Rodadas] a gente aprende, a gente aprende bastante. Coisas que eu não sabia, ou eu passo pra ele, ele passa pra mim, e a gente acaba... a gente aprende...

S6 - E isso depende do grupo

S3 - Do grupo se conscientizar

S6 - Na medida do possível a gente tá tentando fazer o nosso trabalho, e tem que estar mais consciente...

S4 - Eu acho, eu estou mais consciente também quanto à importância do que se faz

S6 - Isso tá vindo pra roda porque a gente tem que se dar conta do que os pacientes precisam, as queixas deles... O que está sendo discutido aqui, bate de encontro ao que os pacientes querem de nós... (ET)

Ao se colocarem abertos à experiência, ao desconhecido e aos desafios do cotidiano, os trabalhadores assumiram uma postura crítica,

reconhecendo e aprendendo novas possibilidades no coletivo (PINHEIRO; CECCIM, 2006; MERHY, 2005; CECCIM, 2005a).

S4 - Mas a gente tem que estar aberto, por que às vezes, eu estou a dez anos fazendo de um jeito, e a colega já tentou dizer, mostrar como é de outro jeito, não me ensinar, mas dar um toque. Mas para isso a gente precisa estar aberto...

S8 - Para ajudar o outro...

S4 - Mostrar outra maneira...

S2 - E essa busca pelo conhecimento é bem importante para o grupo, eu vejo que todos nós temos potenciais e habilidades que podem ser desenvolvidas, só tem que investir...

S1 - O que faz a diferença é o que as pessoas colocam para o grupo, no grupo

S3 - Com certeza, o importante é saber colocar pro grupo também (EM)

A análise dos dados reforça um dos pressupostos da EP, o de que os saberes do trabalho não estão dados. Eles vão aparecendo a partir da desacomodação, promovida pela problematização do cotidiano, realizada nas *Rodadas*, e da implicação dos trabalhadores com a construção de consensos para promover mudanças, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas que são sujeitos do cuidado, a valorização do trabalho e dos trabalhadores (PEDUZZI *et al.*, 2009). Nesse contexto, destaca-se a reflexão como instrumento dos processos educativos desenvolvidos nas *Rodadas*, possibilitando a revisão das práticas da equipe e uma consequente aprendizagem de saberes acerca de si, do outro, do coletivo e do trabalho.

Entendendo que, nas práticas de cuidado da enfermagem, elementos constitutivos da educação e da saúde, como os saberes que os definem, coexistem de maneira indissociável, será feita, a seguir, a análise do conjunto de saberes que, conforme os dados analisados, conferiram sentido à aprendizagem promovida pelas *Rodadas*. Esses saberes foram referidos pelos participantes da pesquisa como importantes para a reorientação de suas relações no trabalho e de suas ações de cuidado. Dentre eles, está o respeito e a necessidade de um cuidado do outro, o colega de trabalho. O diálogo transcrito abaixo ilustra esse argumento:

*S8 - A gente tem que respeitar **a maneira de ser de cada um**. Que cada um tem seu tempo... Ninguém é igual.*

*S2 - **As diferenças**... Da gente aceitar e saber trabalhar...*

*S4 - A gente tem que respeitar **as dificuldades de cada um...** Cada um tem que cuidar do outro também... Se eu sou mais rápido, se vai sobrar tempo eu vou ajudar o outro... E se eu sou mais lento, eu tenho que trabalhar com aquele meu tempo pra não sobrecarregar o outro também... (EM)*

Percebe-se nas falas dos sujeitos que, na relação dialógica estabelecida nas *Rodadas*, os participantes da pesquisa aprenderam e cresceram na diferença, sobretudo no respeito à própria diferença (FREIRE, 2006). Maturana (2002) corrobora esse argumento ao afirmar que o respeito por si mesmo passa pelo respeito pelo outro e que este não se constitui na diferença do outro, mas na aceitação legítima desse outro pela convivência. Barros *et al.* (2007), em estudo semelhante a esse, no qual experimentam um dispositivo que potencializa as relações e inovações no espaço concreto do trabalho em saúde, apontam resultados na direção da reorganização de processos saudáveis no ambiente de trabalho, a partir dos tensionamentos produzidos nos debates e do consequente aprendizado do grupo para lidar com as diferenças.

Partindo-se dos argumentos desenvolvidos acima, pode-se inferir que estar respeitosamente presente à experiência educativa das *Rodadas*, tomando consciência dos limites de cada um e de todos no processo de cuidar, possibilitou aos participantes da pesquisa refletir sobre a igual importância do respeito ao sujeito do cuidado (usuário) em suas práticas cotidianas.

*S2 - Nós temos **compromisso** com essa comunidade... **Tratar bem, cuidar bem.** Que o nosso trabalho tenha **qualidade.***

*S6 – E a gente tem que se dar conta, não é só chegar ali e fazer a medicação na hora certa, cuidar envolve aquela situação de que ele é uma pessoa, é o nosso objeto de serviço, mas é um ser humano e, que a gente tem que cuidar com o **sentido respeitoso.***

*S2 – É isso, com **respeito***

*S6 – **Dignidade** no cuidado. (ET)*

A análise dos dados revela a importância dos saberes compartilhados e aprendidos nas *Rodadas*. A referência ao compromisso com o cuidado do outro, com atitudes de “*respeito*” e de valorização da “*dignidade no cuidado*”, sugere que esses trabalhadores, ao construírem relações solidárias com seus pares, acabaram (re)criando ou reforçando um desejo de solidariedade para com os sujeitos do cuidado que realizam, demonstrando estímulo à escuta e ao

acolhimento desses sujeitos e das suas necessidades (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007).

Tais reflexões encaminham o argumento de que o respeito e a dignidade, referidos pelos trabalhadores, foram reconhecidos como necessários às práticas de cuidado, a partir da consideração das experiências de vida e dos saberes, trazidos pelos sujeitos implicados nesse cuidado – trabalhadores e usuários - ao contexto da internação hospitalar. Esses saberes foram produzidos no esforço coletivo de pensar a prática de um modo diferente e podem ser um indício de aproximação entre o que emergiu nas *Rodadas*, como possibilidade de mudança, e o que tem sido modificado na prática (FREIRE, 2001).

Outro saber, referido nos grupos focais e presente nas *Rodadas*, que guarda relação direta com o respeito, é o amor pelo trabalho e pelo outro nas relações de cuidado.

*S5 - Eu acho que a gente tem que **ter paixão pelo faz**. Assim a gente consegue passar para o paciente que necessita de nós,*

*S4 - Por que não é só dar banho, secar o paciente e deixar... são outras coisas... a gente tem que parar, dar uma olhada no que ta acontecendo com aquele paciente... ver o paciente como um ser e **ter muito amor** pelo o que a gente ta fazendo...*

*S1 - É, **humildade** também, mas isso tem que ter bastante...*

*S4 - É... **Humildade**... (EM)*

Nas situações vividas nas *Rodadas*, as relações de respeito, construídas entre os trabalhadores, se fundaram na aceitação do outro na convivência do trabalho. Maturana (1998) corrobora esse argumento ao compreender o amor como um fenômeno biológico que, juntamente com a linguagem, possibilita espaços de interações, baseadas na legitimação do outro no conviver.

Além do respeito e do amor, como saberes necessários para o cuidado na enfermagem, o “*bom senso*” também foi enfatizado pelos participantes da pesquisa como parte da aprendizagem encaminhada no diálogo, propiciado pelas *Rodadas de Conversa*. Nesse sentido, a ênfase no bom senso sugere o reconhecimento da importância de tomadas de decisão responsáveis e embasadas em observações competentes acerca das necessidades do usuário. O “insight”, implícito no destaque ao bom senso, parece ser o da importância da

práxis, da autonomia que a reflexão, no contexto da prática, pode promover e do comprometimento com os interesses do usuário.

*S8 – Tu tens que ter **bom senso** para poder decifrar, ver além daquilo ali que o paciente tá mostrando...*

S5 – E também para ver o que a gente tem para poder resolver aquela situação...

*S2 - Eu acho que esse foi o lado bom das Rodadas, **pensar em não ser apenas um mero executor**, mas o que tu traz de benefícios... (EN)*

As Rodadas parecem ter possibilitado a produção de sujeitos mais críticos ao indagar, questionar, comparar e duvidar das formas rotineiras de se relacionar e de cuidar. Percebe-se, nas discussões ao longo dos grupos focais, que o “*bom senso*”, utilizado como forma de aproximar o discurso de suas práticas de cuidado, foi construído paralelamente à definição dos valores éticos do cuidado, no que se refere à tomada de decisões “*do que devo ou não fazer*” nas diversas situações conflituosas que se apresentam no cotidiano do trabalho (FREIRE, 2001).

*S7 - Eu acho que é mais ou menos isso, a tua **compreensão, a tua humildade** e acima de tudo a tua **capacidade**. Então é isso aí, é tu poder pensar: como tu pôde fazer e como deveria ser feito.*

*S6 - Hoje a gente tem muito mais **confiança** e **competência**...*

*S5 - E tem que ter **conhecimento** daquilo que tu faz pra trabalhar*

*S1 - Cada um e todo mundo tem que continuar **buscando o conhecimento** em alguma coisa pra melhorar... (EN)*

Como refere Freire (2006) e os dados aqui analisados corroboram, o caráter formador do espaço pedagógico, que gera liberdade nas relações, possibilita que os sujeitos se assumam eticamente por meio da ampliação da autonomia. A ética do cuidado que se quer produzir, tornada visível na integração dos trabalhadores, viabilizada nas Rodadas e retomada nos grupos focais, passa pela confiança em si próprio, adquirida pela consciência do conhecimento e da competência pessoal. Percebe-se nas falas uma tendência para essa ampliação, desde o modo como esses sujeitos aceitam se rever, como se posicionam no grupo e também como idealizam novas formas de cuidar. A segurança que a equipe foi adquirindo a partir das trocas oportunizadas pelas Rodadas sugere, também, a ampliação da competência profissional, referida pela equipe na forma

de uma constante busca pelo conhecimento para melhorar as suas práticas (FREIRE, 2006).

Cabe salientar, ainda, a referência da equipe à humildade que sugere um clima de respeito que foi se (re)constituindo nas relações entre os trabalhadores, o que deve ter contribuído para a proposição de novos arranjos para a realização do trabalho coletivo (FREIRE, 2006).

Segundo os participantes da pesquisa, as *Rodadas de Conversa* também foram espaços de aprendizagem sobre a importância da união da equipe para a viabilização dos projetos de melhoria dos processos de trabalho e da qualidade do cuidado prestado, não só do grupo que atua em cada turno de trabalho, mas também do coletivo, constituído pelos grupos que produzem o cuidado em todos eles.

*S3 - Eu acho que o grupo melhorou por que tá ficando um grupo mais **unido**, mais harmônico e mais adulto.*

S5 - A gente precisa um do outro....

*S4 - A **motivação** acabou **integrando** o grupo... Não que não fosse um grupo integrado, mas depois das *Rodadas*...*

*S1 - Essa coisa de **estímulo**, da **participação**, é outra visão, foi muito bom para todos nós também...*

*S2 - O que eu vejo, não só na nossa unidade, mas nas outras unidades, agora esse enfoque mudou, essa **participação**..., essa **integração** é bem-vinda, tu poder **compartilhar***

S8 - e também para poder trocar as experiências individuais de cada um (EM)

“União”, “motivação”, “integração”, “estímulo”, “participação”, “compartilhamento” parecem ter se tornado palavras de ordem na proposição e construção de novos “modos de fazer” da equipe. A marca de um ‘novo coletivo’, que emerge com destaque como resultado das *Rodadas*, e a integração, que pode viabilizá-lo no cotidiano, indicam potencial para a busca da desejada transformação nos processos de trabalho e nas práticas de cuidado. Pode-se inferir que esse processo de transformação do grupo se deu de forma quase espontânea, pelo conviver mais estreito entre os trabalhadores que, ao compartilharem do espaço das *Rodadas*, aprenderam a viver de uma maneira que se configura como a nova identidade construída pela equipe (MATURANA, 1998).

*S7 - Eu acho que é mais ou menos isso, a tua **compreensão, a tua humildade** e acima de tudo a tua **capacidade**. Então é isso aí, é tu poder pensar: como tu pôde fazer e como deveria ser feito.*

*S6 - Hoje a gente tem muito mais **confiança e competência**...*

*S5 - E tem que ter **conhecimento** daquilo que tu faz pra trabalhar*

*S1 - Cada um e todo mundo tem que continuar **buscando o conhecimento** em alguma coisa pra melhorar... (EN)*

A análise desses dados reforça a idéia de que, com o amadurecimento da equipe, as trocas passaram a sustentar as *Rodadas* de um novo jeito, e novos saberes passaram a circular de forma a tornar o processo pedagógico inacabado, em movimento e se abrindo permanentemente para novos aprendizados. Nessa perspectiva, a experiência das *Rodadas* parece ter aberto caminho para o aproveitamento consciente da práxis, como via permanente de educação para e no trabalho, e para uma constante reinvenção das práticas, possibilitando aos sujeitos e coletivos reconhecerem-se como protagonistas das mudanças que venham a viabilizar essa reinvenção (FREIRE, 2001; KASTRUP, 2005; CECCIM, 2005b).

5.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE: POTÊNCIA PARA A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

O protagonismo da reforma sanitária brasileira, consolidada pela criação do SUS, constituiu-se no contexto singular do movimento sanitário, como luta social por saúde, e expressa o direito à saúde, como condição de vida e de trabalho. A saúde pretendida encontra-se imbricada com o modo de andar a vida das pessoas e busca atenção no lugar de assistência, integralidade em vez do binômio prevenção/cura, processo saúde-doença no lugar de promoção e reabilitação. As mudanças no sentido da integralidade na atenção e da participação trazem a emergência do fortalecimento da cidadania como conceito, política e práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, a educação dos trabalhadores não tem acompanhado as mudanças pretendidas, mostrando importante resistência aos avanços da cidadania em saúde (CECCIM; FERLA, 2009).

A apropriação do SUS pelos trabalhadores, principalmente no âmbito hospitalar, é tênue e demonstra em suas práticas cotidianas um imaginário de saúde quase sempre distante da relação qualidade de vida e trabalho. A configuração hierárquica e fragmentada dos processos de trabalho no hospital, marcada por valores tradicionais de fazer-fazer, principalmente pela enfermagem, tem sido forte empecilho para processos de experimentação e de invenção de uma nova forma de produzir saúde nesse contexto.

A potência da EP para a construção da integralidade encontra-se na própria proposta da PEPS, encontro da saúde com a educação e com a cidadania, a qual ultrapassa os domínios de uma prática de ensino-aprendizagem para apreender uma pedagogia problematizadora do trabalho, com potência para a atividade inventiva de si, dos entornos e do coletivo (KASTRUP, 2005; CECCIM FERLA, 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O dispositivo da Pedagogia da Roda traduz, em seu referencial, a aproximação com os pressupostos da EP ao se dispor como processo educativo capaz de escutar o trabalhador e problematizar o cotidiano do trabalho. A aproximação das práticas de cuidado à integralidade possibilitou à equipe estudada, de certa forma, romper com a lógica tecnicista de trabalhar da enfermagem hospitalar. Ao longo das discussões, geradas nos grupos focais, os trabalhadores foram relatando ou deixando implícito que, a partir da realização das *Rodadas de Conversa*, os valores atribuídos ao cuidado foram reavivados ou aprendidos no coletivo e que isso possibilitou o *aprender a aprender* não só nas *Rodadas*, mas também no trabalho cotidiano que compartilham.

O reconhecimento dos valores do cuidado, conforme os dados vão mostrar, configurou-se, juntamente com outros processos, num estímulo à reinvenção dos modos de cuidar da equipe e trouxe tanto possibilidades, quanto limites para a aproximação das práticas à integralidade do cuidado.

Das reflexões sobre as possibilidades criadas pela equipe para transformar suas práticas de cuidado, emergiram as subcategorias que serão discutidas a seguir.

5.2.1 É aquela relação do cuidado, de tu trocar, te colocar no lugar do outro – valorizando o cuidado e criando possibilidades de integralidade

A EP tem como proposta o potencial educativo da problematização das práticas de saúde, no sentido de propiciar à equipe oportunidades de trocar experiências, de refletir e de construir coletivamente. Nesse sentido, o aprender e o ensinar têm relação direta com o modo de fazer, e os dispositivos pedagógicos, presentes no contexto do trabalho, extrapolam o âmbito profissional para o mundo das relações, do acolhimento e da própria qualidade de vida dos trabalhadores (CECCIM; FERLA, 2009).

A mudança concreta se constroi em cada espaço envolvido com a saúde, mas a potência da proposta está em construir políticas locais e processos de mudança em espaços concretos e propícios para a transformação, ou seja, cenários compatíveis com a mudança (SOUTO LOPES, 2007).

No presente estudo, os dados sugerem que as potencialidades da EP, em geral, e da Pedagogia da Roda, em particular, promoveram uma reinvenção das práticas de cuidado da equipe na direção da integralidade.

Nesse sentido, as *Rodadas de Conversa*, desenvolvidas no contexto do cuidado realizado pela equipe de enfermagem pesquisada, foram reconhecidas pelos trabalhadores como cenário propício ao desafio de construir novos aprendizados e novas práticas, a partir da ressignificação dos valores atribuídos ao cuidado.

As ações dos trabalhadores da saúde são direcionadas não somente por diferentes saberes, métodos e técnicas, provenientes das especialidades que constituem as profissões, mas também por valores produzidos dentro e fora do trabalho que, ao serem compartilhados, podem afetar e serem afetados num movimento de permanente criação e recriação da realidade. Os valores se materializam na ação e, ao mesmo tempo em que são aprendidos, são produzidos, logo são históricos. Os valores não vão determinar as práticas da equipe estudada, mas podem direcioná-las para uma formação pautada pela integralidade, como um princípio ético a ser integrado em suas ações de cuidado

(GOMES *et al.*, 2007). Um dos valores referidos pela equipe, em todos os turnos de trabalho, como importante para as ações de cuidado no contexto hospitalar foi o acolhimento, como demonstram os diálogos abaixo.

*S3 - O que eu me dei conta nas Rodadas e chamo atenção é que a gente tem que **entender o colega, compreender o paciente, principalmente o familiar**. Tu tens que entender **o que ele tá querendo te dizer** e o que ele tá querendo falar...*

S7 - Às vezes se tu consegues escutar... Contornar um pouco as coisas...

S2 - Eu partilho da mesma situação, mas acho que o pessoal tem que ter maturidade para expor os sentimentos e também para entender os colegas. Quando se expõe um sentimento é verdadeiro, mas o colega também tem que entender que é um espaço para isto e não é uma coisa pessoal. (ET)

O exercício e a possibilidade de acolherem os colegas nas *Rodadas* e também de serem, da mesma forma, acolhidos sugerem uma conscientização dos trabalhadores da importância do acolhimento no âmbito do cuidado, no seu cotidiano de trabalho.

Na literatura sobre o tema, identifica-se a presença do acolhimento marcadamente ligada a algumas áreas específicas, como a enfermagem, e geralmente associada a estratégias de reorganização das práticas de cuidado, promovidas pela reciprocidade entre espaço pedagógico e constituição de um olhar singular e inovador pelo trabalhador e pela equipe. Esse olhar inovador estaria relacionado à “trans-formação” do sujeito a partir das transformações na dimensão objetiva (das técnicas) (TEIXEIRA, 2007; FRANCO *et al.*, 1999; LEITE *et al.*, 1999).

Na análise dos dados, o acolhimento promovido nas *Rodadas de Conversa* sugere uma potência para a integralidade do cuidado quando S3 afirma: “*a gente tem que entender o colega*” e “*compreender o paciente*”. Percebe-se um diálogo, orientado por um melhor entendimento das singularidades e necessidades dos colegas, e, conseqüentemente, uma melhor compreensão e aceitação das necessidades particulares dos usuários. Tal compreensão pode promover mudanças nas ações de cuidado da equipe, no sentido de valorizar não só as rotinas do dia-a-dia, mas também a escuta ativa para com o usuário: “*o que o paciente está querendo dizer*” (AYRES, 2001).

É importante ressaltar que, na análise dos dados, a referência à escuta e ao diálogo emergiu em quase todos os momentos de discussão, promovidos nos grupos focais, como elementos fundamentais do cuidado da enfermagem, tanto nas relações entre trabalhadores, quanto naquelas entre estes e usuários, de modo que foram abordados, também, em diversos momentos na análise pela importância a eles conferida pela equipe. O destaque dado na literatura ao trabalho em saúde, como essencialmente relacional, e à escuta na saúde, como um elemento do cuidado que pode aproximar as práticas dos trabalhadores à integralidade do cuidado, vem ao encontro da valorização atribuída ao diálogo e à escuta pela equipe (CECCIM, 2007b; MERHY, 2007; CECILIO, 2008; PINHEIRO, 2007; AYRES, 2004b).

As falas acima sugerem que o acolhimento foi entendido pela equipe como uma espécie de instrumento de comunicação indispensável para o desenvolvimento de suas ações de cuidado no contexto do hospital. O diálogo abaixo enfatiza esse caráter comunicacional do acolhimento (MATURANA, 1998; TEIXEIRA, 2007).

*S1 - E a gente se sente também gratificada. Sabe, eles [os pacientes] querem **que a gente escute**, dê atenção porque tu dando um tempinho teu, eu acho que **tu faz a diferença**.*

*S4 - Eu fico com a consciência tranqüila que o paciente recebeu o que eu pude dar. Porque às vezes tu pode dar mais ou menos atenção, mas tu sempre tem que dar o máximo daquilo que tu pode em cada plantão. **Isso faz a diferença – dar atenção**. (EN)*

“Escutar” o paciente, “dar atenção” são expressões usadas pela equipe para reforçar a importância da conversa e o do diálogo como principal elemento para que o acolhimento do usuário e de suas demandas de saúde seja efetivo. Nesse encontro, são mobilizados sentimentos, emoções e identificações que podem facilitar ou dificultar aos trabalhadores a percepção das demandas trazidas pelo usuário as quais devem direcionar a organização dos processos de trabalho e dar materialidade ao cuidado por meio da atitude dos trabalhadores frente a esse trabalho (JUNIOR *et al.*, 2006).

Nesse sentido, pode-se inferir que “fazer a diferença” significou para a equipe realizar o cuidado com qualidade. Teixeira (2007) corrobora esse

argumento, lembrando que o acolhimento ao usuário do SUS se configura como uma “*rede de conversações*”, em que cada nó da rede corresponde a um encontro, um diálogo que envolve atividades específicas permeadas pela conversa, numa busca por maior conhecimento das necessidades do outro no cuidado. O autor compreende as “*redes de trabalho em saúde*” como um dispositivo de conversa, um esforço coletivo para a melhoria das condições de vida da sociedade. Maturana (1998) complementa o argumento ao referir que uma “*rede de conversações*” se configura pelo entrelaçamento das ações e das emoções, tanto do usuário, quanto do trabalhador.

No caso das *Rodadas de Conversa*, essa “*rede de conversações*” parece ter se configurado em um autêntico espaço de conversação coletiva, com potência para o acolhimento entre os trabalhadores.

*S8 - A gente tem que estar aberto, às vezes para **ouvir e ajudar o outro** [o colega]*

*S4 - Cada um tem que **cuidar do outro** também... Se eu sou mais rápido, se vai sobrar tempo eu vou ajudar o outro, para não sobrecarregar o outro também...*

*S2 - Muda muito a forma de abordar o paciente, muda de paciente para paciente... Assim como a questão da abordagem com os próprios colegas, da gente **aceitar as diferenças e saber trabalhar**. (EM)*

Cabe salientar que os participantes da pesquisa demonstram uma atitude de acolhimento em suas falas, na forma de solidariedade e aceitação dos diferentes modos de ser e de fazer, ao reconhecerem o colega como um legítimo ‘outro’ no cuidado, e ao fazerem emergir, no coletivo, pontos de convergência nas diversidades entre a equipe (MATURANA, 1998).

Matumoto (2003), em sua tese, analisou a relação trabalhador-usuário na perspectiva do acolhimento a partir de uma proposta de construção de auto-análise e autogestão com uma equipe de unidade básica de saúde. Os resultados que esse trabalho mostrou que se aproximam daqueles do presente estudo. Estes apontam que a construção de projetos coletivos, implicados com a produção de saúde, é um processo que traz elementos para a equipe ampliar seu olhar em relação ao outro e, assim, criar possibilidades de mudança nas relações entre trabalhadores e usuários.

A valorização do acolhimento entre os trabalhadores e destes para com os usuários fez emergir novos valores para o cuidado no contexto das *Rodadas*. A implicação com o trabalho e a responsabilidade pelo cuidado, por exemplo, ganharam destaque como elementos importantes para uma prática qualificada da enfermagem.

S1 - Realmente as coisas afloraram nas Rodadas. E a gente vai engrandecendo em muita coisa, ganha muita coisa também.

S8 - Na questão do comprometimento das pessoas com o paciente. Saber o que tu tá fazendo. Por que tu sabe o que tu tem que fazer. Só não faz quem não se comprometeu.

S6 - Mas tu tem que se identificar com o que tu faz. E se responsabilizar também pelo que faz (EM)

S1 - Elas [as Rodadas] nos fizeram até rever a responsabilidade com o serviço. Tem a responsabilidade que tu tá lidando com pessoas, então...

S2 - Eu gosto de sair do plantão com a certeza de dever cumprido. Eu fiz o melhor que eu pude dar, eu fiz o meu melhor naquela noite, a pesar de todos os contratemplos, eu fiz o meu melhor. Então eu saio daqui com a consciência tranqüila e com a sensação de dever cumprido. (EN)

A implicação com o trabalho parece ter emergido como um “*ganho*” para a equipe. Seus membros se reconheceram como atores sociais em produção de saúde e protagonistas de novos modos de fazer enfermagem na instituição por meio do comprometimento com o trabalho, com o cuidado e com os sujeitos do cuidado.

No seu estudo “Acolhimento e processo de trabalho em saúde: o caso de Betim”, Franco *et al.* (1999) destaca a inversão do modelo tecnoassistencial para a saúde, tendo como base a diretriz operacional do acolhimento. Os resultados desse estudo demonstraram que o acolhimento favorece que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada e que a equipe de acolhimento, ao escutar o usuário, qualifique a relação trabalhador-usuário ao mesmo tempo em que se comprometa com ele.

Outro resultado desse estudo se refere à potência do acolhimento para gerar práticas de cuidado comprometidas com a cidadania e com a humanização do cuidado (FRANCO *et al.*, 1999).

Fica evidente, nos relatos da equipe, a relação do processo pedagógico com o processo de cuidar, um produzindo o outro e tornando possível a união do agir e do pensar na direção de propostas de práticas de cuidado mais eficazes

(PINHEIRO, 2007; MERHY, 2005). Como refere Merhy (2005), todo processo educativo, que esteja comprometido com os pressupostos da EP, tem de ter a força de gerar no trabalhador a capacidade de promover mudanças no seu cotidiano de trabalho. Isso implica produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, para possibilitar novos pactos de convivência e práticas que aproximem os atos de cuidado da atenção integral, humanizada e de qualidade. Para o autor, é preciso atingir a alma do trabalhador, pois o trabalho com eixo na integralidade não tem força por si só para gerar as transformações necessárias nos microespaços de produção de saúde.

Nesse sentido, pode-se inferir, a partir dos dados, que o processo pedagógico das *Rodadas* abriu espaços relacionais que possibilitaram aos trabalhadores assumirem sua implicação ético-política com o cuidado, tanto no plano individual, quanto no coletivo (MERHY, 2005).

Quando S6 refere que “*está tendo maior comprometimento em todos os turnos*”, pode-se inferir que uma responsabilidade coletiva vem se constituindo na equipe a partir do reconhecimento da dimensão política dos seus atos e do pertencimento de cada sujeito no coletivo, no sentido de como cada um se legitima no coletivo pelo que diz e pelo que faz (PINHEIRO, 2007; HENRIQUES; PINHEIRO, 2008). Os relatos abaixo reforçam a implicação da equipe estudada com o trabalho e com os sujeitos do cuidado e sugerem práticas mais eficazes e mais próximas à integralidade quando “se sentem valorizados” com a opinião do usuário sobre o cuidado que realizam.

S3 - O que eu vejo que mudou com as Rodadas é o retorno do próprio paciente e do familiar. Isso é o que tem estimulado a gente. O turno da tarde é um turno que tem sido muito bem elogiado depois desse trabalho, muitas vezes a gente entra no quarto do paciente e “essa equipe é maravilhosa” e isso e aquilo outro. A gente se sente motivado por isso...

S6 - Outro detalhe que a gente vê é quando vem aquela folhinha [pesquisa de satisfação do usuário] e aparece o nome da gente ali, ali, naquele momento tu te sente valorizado, eu pelo menos me sinto valorizado...

S3 - Eu dou muita importância pro meu nome na pesquisa, por que foram eles [pacientes ou familiares] que escreveram.

S3 - Eu concordo contigo quando o paciente vem “ah tu tá aí, que bom te ver” (ET)

Percebe-se, nas falas dos trabalhadores da ET, que, ao assumirem a responsabilidade ética e política pelo cuidado que realizam de acordo com suas competências, gerou-se motivação e mobilização entre eles, no sentido de buscarem práticas de cuidado mais inclusivas do usuário (PONTES *et al.*, 2006). A valorização referida pela equipe sugere co-responsabilização com o usuário, a partir do que os trabalhadores se reconhecem como sujeitos de seu saber e de seu fazer no trabalho (SANTOS-FILHO, 2007).

“*Aquela folhinha*”, uma referência à pesquisa de satisfação que é utilizada pela instituição estudada para obter uma avaliação do usuário sobre o atendimento ali realizado, tem se configurado em um dispositivo institucional de escuta desse usuário. Todos os meses, as equipes que atuam no hospital recebem um relatório, contendo informações qualitativas e quantitativas sobre o retorno dos usuários, referentes ao cuidado que receberam na instituição e, mais especificamente, nas unidades em que foram cuidados. Cabe ressaltar que o uso que se faz desses dados é o que pode gerar a diferença na inclusão ou não do usuário no cuidado.

Um dos resultados das *Rodadas de Conversa*, que pode ser considerado um avanço na direção da integralidade das práticas de cuidado da equipe estudada, foi o comprometimento que essa equipe assumiu para com a opinião e os interesses dos usuários, ao trazer o tema para a Roda e tentar responder às demandas deles de forma mais efetiva. Nas *Rodadas*, a equipe decidiu criar uma comissão, com representantes de todos os turnos de trabalho, para avaliar mensalmente o retorno dado sobre o seu trabalho. A primeira iniciativa dessa comissão foi criar um documento sobre o que representa a pesquisa de satisfação para os usuários e para os trabalhadores, com intuito de sensibilizar toda a equipe em relação à importância da opinião do usuário sobre o cuidado por eles prestado. O diálogo abaixo se refere a esse processo de responsabilização:

S2 - *Eu achei legal na hora de confeccionar, [o documento], como foi gostoso né? Envolve assim **disposição**, a forma como as pessoas foram **aderindo**... Até críticas bem positivas...*

S4 – *E de como foi levado e canalizado o projeto na unidade, de forma bem saudável em todos os turnos... Isso é bem o reflexo de como podemos trabalhar no dia-a-dia, dando mais importância **ao que o paciente diz***

sobre o teu trabalho. Isso na verdade é um retrato do cuidado que a gente realiza na unidade

S6 - Achei bem interessante também a discussão nos turnos sobre o que o paciente diz e sobre o que a gente pode melhorar... Do **“saber ouvir”!**

S4 – É que às vezes a gente entra no automático... Às vezes a pessoa tá ali, **querendo ser ouvida** e tu não tem um minuto.. E daí tu lembra das discussões [das Rodadas] e te toca.. Qual é mesmo a minha função aqui?(EM)

Num segundo momento, um dos integrantes dessa comissão participou das *Rodadas*, em todos os turnos de trabalho, para refletir com a equipe sobre o que o “usuário quer dizer” quando se refere ao trabalho da equipe, e como a equipe poderia aproximar suas práticas de cuidado ao que o “usuário diz ser importante”. As metas, construídas pela equipe em todos os turnos, foram pautadas em ações de cuidado mais voltadas à “escuta do usuário”, por entenderem que os elogios e os agradecimentos dos pacientes e familiares sempre se referiam “à escuta”, “à atenção” e às “acolhidas” da equipe. Como discutido anteriormente, a escuta do usuário aparece novamente em destaque, como um valor que qualifica o cuidado e pode mudar o “o retrato do cuidado que a equipe realiza”. É importante destacar a criação e a utilização desse documento para além das *Rodadas de Conversa*, como implicação com o trabalho e responsabilidade coletiva assumida pela equipe, assim como fator de motivação e valorização do seu trabalho.

O trecho de discussão, apresentado abaixo, ilustra o valor conferido ao trabalho em equipe a partir das *Rodadas*.

S3 - *Eu acho que a gente fez uma promessa genial nas Rodadas que é a coletividade, que é a grande diferença. Eu acho que se o grupo trabalha coletivamente, tudo fica mais fácil.*

S4 - *Mas eu acho que não é só trabalhar em grupo... Uma coisa é trabalhar em grupo, outra coisa é trabalhar em grupo unido, em coletividade... Eu acho importante essa parte da união do grupo.*

S6 - *E a qualidade do atendimento depende de tudo isso... Nenhuma coisa desse elo dá certo sem a outra...*

S1 - *É isso aqui, é o elo... Como uma corrente Se tiver quebrado um elo desses nada vai pra frente.*

S8 - *E antes [das Rodadas] parecia um quebra cabeça... (EM)*

Os diálogos entre os sujeitos da pesquisa da *EM* evidenciam o trabalho em equipe como um processo dinâmico nas relações de trabalho, entrelaçado por

“elos”, “como uma corrente”, e destacam, ainda, como “grupo unido”, o diferencial para um “bom” cuidado. Peduzzi (1998), ao estudar a equipe multiprofissional e o trabalho em saúde, como modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação entre as intervenções técnicas e a interação dos envolvidos com o processo, propõe a tipologia de trabalho em equipe como “equipe agrupamento” e “equipe integração”. Os fatores que diferenciam a equipe “agrupamento” da “integração” se referem a comunicação entre os trabalhadores, valorização do trabalho especializado, especificidade das áreas profissionais, diferenças técnicas, projeto coletivo de trabalho com flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica. Percebe-se que foi pela reconstrução dos sujeitos no cotidiano do trabalho, promovida por espaços de negociação num contexto de mudanças e de democratização das relações no trabalho, que o grupo pode se reconhecer como “equipe integrada”, como “coletividade” que apresenta laços e “elos” que se entrelaçam para determinar uma melhora da qualidade de suas práticas de cuidado. A autora refere que a interação entre os trabalhadores é a parte mais difícil de ser alcançada, pois não está normatizada e, a princípio, requer um compromisso ético do trabalhador e do coletivo. Nas interações grupais, a equipe estudada reconhece o seu compromisso ético, o respeito a cada um e a todos da equipe e, também, ao usuário, parecendo, assim, estar se encaminhando para assumir este compromisso nas suas ações de cuidado (PEDUZZI, 1998).

Da mesma forma, pode-se inferir que os trabalhadores puderam associar a fragmentação de suas práticas e o trabalho individualizado a um “quebra cabeças”, típico de equipe “agrupamento” que vivenciavam anteriormente ao PPES (PEDUZZI, 1998).

De certa forma, esse fracionamento do cuidado se apresentou em muitos momentos, como já discutido anteriormente, como um empecilho para a integralidade e para a superação de práticas voltadas essencialmente ao fazer técnico, como evidenciado em muitas discussões nos grupos focais. Mattos (2006) também aponta que a produção de relações que superem a fragmentação da relação com o outro é um ponto determinante para que as práticas de integralidade se efetivem (MATTOS, 2006).

S2 - *Equipe para mim é tu veres junto o que pode **fazer junto**, é a própria equipe ver o que é mais importante naquele momento*

S1 - *O que faz a diferença é o que as pessoas colocam no grupo e para o grupo, **resolvendo os problemas com o grupo**.*

S2 - *Para trabalhar em equipe a gente não pode esquecer-se das questões da **ética** também...*

S1 - *Eu acho que a gente tem que tentar fazer o melhor possível...*

S6 - *Tem que trabalhar com **coletividade** e respeito também com o paciente... Tem que se identificar... E tem que ter **conhecimento** daquilo que tu faz pra trabalhar com o grupo...*

S2 - *Para mim o trabalho em equipe é uma **construção do dia a dia**. (EM)*

A integração da equipe foi evidenciada pelos trabalhadores no sentido da ética no trabalho, do conhecimento, da comunicação e da construção cotidiana, para obtenção de práticas mais resolutivas e de maior qualidade. A equipe contempla, em suas falas, a dupla dimensão do processo de trabalho: como ação produtiva de caráter técnico em relação ao conhecimento; como interação social ao referir “*ver junto com o grupo*”, “*resolver os problemas com o grupo*”. Percebe-se que suas relações ultrapassaram as relações pessoais cordiais para alcançar a integração no trabalho coletivo, relacionado à ética e à responsabilidade. (PEDUZZI, 2007).

O trabalho em equipe também foi destacado como uma “*construção do dia-a-dia*”, aproximando-se, com isso, dos achados de Fortuna (2003) que, em sua tese, mostra como a construção da equipe se dá por permanente produção de “*entres*”, entendidos como “*entre trabalhadores*”, “*entre trabalhadores-usuários*”, e por meio da articulação de saberes e fazeres que vão se construindo e reconstruindo a todo momento. Da mesma forma que os achados da presente pesquisa, conforme ilustra o diálogo abaixo, a autora encontrou resultados que definem a equipe como uma mistura que não se funde, agindo sempre entre a inclusão plena das diferenças e as normas ditas e não ditas que regem as atitudes e os comportamentos das pessoas (FORTUNA, 2003).

S4 - *E eu acho que é nessa parte aí mesmo do grupo, que esse seria o caminho, pra tornar mais efetivo o cuidado ao paciente. Eu acho que a base a gente tem todos, conhecimento, apoio, o pessoal envolvido em ir atrás de conhecimento ainda né... Eu acho que tem boa vontade, eu acho que é o ponto chave pro grupo se fortalecer é a equipe...*

S2 - *O que eu acho é que todo mundo tem que se ajudar bastante, e tem que existir união. E eu acho que isso é muito importante, que a gente precisa.*

S6 - O maior exemplo foi o nosso paciente com mais de 200kg mas ele foi atendido lá... Conseguimos dar uma qualidade de atendimento pra ele que talvez ele não tivesse em outros hospitais...

S1 - O grupo pode trabalhar mais unido, precisou trabalhar mais unido, foi um aprendizado (ET)

Percebe-se nas falas dos sujeitos da pesquisa que a prática comunicativa e relacional pôde se constituir como princípio organizador do processo de trabalho da equipe e fortalecimento dela. Isso lhe permitiu construir formas de trabalhar e de se relacionar que promovessem um trabalho mais integrado, referido em “*cuidado do paciente com 200 kg*”. Destaca-se que a integração não pressupõe a anulação dos saberes técnicos específicos, mas sim um movimento de construir a interseção entre os dois (PEDUZZI, 2007; AYRES, 2004a).

Considera-se relevante, como evidenciado nos relatos da equipe estudada, a configuração de mudança nos processos de trabalho do coletivo, para além do modelo tecnicista, dominante no hospital. Reitera-se que a proposta implícita da equipe, de recomposição do seu processo de trabalho, inseriu-se num contexto em que havia possibilidades tanto de reproduzir as normas e as técnicas, quanto de reconhecer, negociar e responder com práticas mais eficazes às demandas por saúde dos usuários. Pode-se inferir que o estranhamento, produzido nos trabalhadores, durante as *Rodadas de Conversa*, em relação ao seu próprio processo de trabalho, ao contexto e aos resultados advindos de sua prática, possibilitou à equipe uma ampliação da capacidade de refletir, de avaliar e de propor mudanças no coletivo, como ilustram as falas abaixo (PEDUZZI, 2007; CECCIM, 2005b).

*S2 - Para trabalhar em equipe a gente não pode esquecer-se das questões da **ética** também...*

S1 - Eu acho que a gente tem que tentar fazer o melhor possível...

S1 - Então, isso é pra mostrar que grupo é grupo. Existem os bons momentos e momentos... Mas que a gente pode concertar...

S4 - Eu acho que toda essa mexida aí deu um fôlego novo pra gente voltar a fazer o cuidado que a gente fazia antes...

S8 - Por que apesar das diferenças, se tem um grupo forte, por que cada um tem um temperamento e assim mesmo a gente consegue se encaixar... A tendência é crescer e melhorar...

S6 - O pessoal é comprometido, tem problemas como todo grupo tem, eu trabalho em outro local e também tem problemas. São dez personalidades diferentes.

S1- E essa busca pelo conhecimento é bem importante para o grupo, eu vejo que todos têm potenciais e tem habilidades que podem ser

desenvolvidas, e eu vejo o quanto é importante tu valorizar isso, o grupo valorizar também, ver o trabalho de cada um funcionar... (EN)

Ao demonstrarem, em suas falas, uma preocupação com as consequências de suas ações, a equipe sugere uma postura ética que pode indicar o valor atribuído a essas ações e ao resultado destas sobre os outros, colegas ou usuário. Maturana (1998) corrobora esse argumento ao afirmar o vínculo como o fundamento de toda a ética, o que implica a constituição de um comportamento ético com a aquisição de um saber-fazer comum. Diante disso, a ética tende a ampliar a perspectiva de ação dos trabalhadores no trabalho em equipe, fazendo com que os modos de ser, fazer e saber desses trabalhadores emergem como coprodutores das práticas de cuidado do coletivo (AYRES, 2004b; GOMES *et al.*, 2007).

Com relação aos valores que foram discutidos nos grupos focais, a equipe evidenciou a integralidade como um valor do cuidado que abrange todos os outros, o que dá sentido a eles.

S1 - Eu acho que o cuidado integral é cuidar como tu gostarias de ser cuidado. Pensar o que tu gostarias que fizessem exatamente neste momento, que tu está deitado numa cama...

S6 - E quem já foi paciente sabe como é...

S2 - Se colocar no lugar no lugar do outro para saber como gostaria que atendesse...

S8 - Então, acho que envolve o corpo e a mente, eu acho que tem que chegar de uma maneira gentil, e não...

S2 - É a comunicação, não é só a verbal, é a não verbal também

S3 - Eu acho que integralidade é juntar todas estas coisas importantes para cuidar bem... É juntar tudo que a gente sabe e acha importante

S6 - É o cuidar assistir. Tanto a medicação, quanto o carinho, o jeito de chegar ao paciente... Como abordar... (EM)

Quando a “EM” foi perguntada sobre o que era cuidar com integralidade, todos os valores já discutidos retornaram à Roda, indicando que, para cuidar bem, é preciso unir todos os valores da equipe, “*juntar tudo que a gente sabe e acha importante*”. A responsabilização coletiva demonstrada nas suas falas sugere uma potência para o trabalho em equipe e um compromisso dos trabalhadores com os valores éticos que podem se materializar na transformação de suas práticas na direção da integralidade (LOPES, *et al.*, 2007; BONALDI *et al.*, 2007; MATTOS, 2004). Os trabalhadores da “ET” e da “EN” também relatam a

integralidade de forma semelhante, se referindo a ela como uma construção permanente de novos valores na equipe.

S5 - Para mim integralidade é como o desenho de uma árvore, é a mesma coisa, para mim, como o paciente, tem que cultivar também, tem que regar, tem que plantar, para chegar um ponto, para tu ter a sombra dela. O paciente também, eu tenho que cuidar, eu tenho que tentar ajudar ele para melhorar, dar medicação, ter compreensão com ele, o sorriso, a alegria, conversar, fazer a higiene, dar a alimentação para ele melhorar para poder retornar para a sua casa.

S1 - É um todo. É o cuidado ideal que tu e a tua equipe tem que estar sempre buscando. É qualidade. É botar tudo que tu sabe e que tá sempre aprendendo para cuidar bem e melhor

S3 - Não é só o físico, a mente, o físico e o espírito também

S2 - As vezes com isso, tu já tirou a metade da doença.

S4 - E é o cuidado com o familiar também (EN)

S3 - Para mim cuidados integrais... É como se eu estivesse doente e recebendo uma assistência ali, me dedicando. Eu me coloco no lugar do doente. O que eu quero. O que eu vou cobrar de quem tá me cuidando. Que remédio é esse? Por que tão fazendo isso comigo? Por que estão me levando pra tal lugar?"

S1 - Eu acho que é o trabalho que tem que ser feito em grupo, ter agilidade, conhecimento... Ser feito com o coração

S6 - Eu também acho que é aquela relação do cuidado, de tu trocar, te colocar no lugar daquela pessoa e...

S5 - Eu acho que é a gente tentar fazer tudo dentro do possível, mas tentar fazer isso com amor, carinho... (ET)

Na análise dos dados, ao focar as experiências dos trabalhadores no trabalho em equipe, os relatos foram evidenciando a existência de práticas de integralidade, sempre constituídas por um saber-fazer e por uma produção no cotidiano, que se renovam na própria experiência e no compartilhar com o coletivo, como conhecimento e como ação de cuidado (PINHEIRO, 2007; GOMES *et al.*, 2007). Para Pinheiro (2006) e Gomes *et al.* (2007), a integralidade só pode ser produzida no agir com o outro, ela só se legitima em meio às relações de trabalho.

Os participantes da pesquisa, além de indicarem os valores do cuidado, reconheceram algumas situações em que já concretamente a prática foi transformada a partir das discussões realizadas nas *Rodadas* nas quais buscavam soluções e as colocavam em prática.

S5 - E daí tu diz assim, "ah, tudo de novo hoje"... Parece que tá tudo no automático. Mas se a gente for pensar realmente, que não tem mais

aquelas escaras, que a gente já superou essa fase, o resultado apareceu na unidade e é real

S2 – Isto mostra bem o nosso grupo agora...

S5 – Nós não temos nenhuma escara grau três e grau quatro, então assim, isso aí mudou muito. (EM)

S4 – O grupo tá empenhado, tá querendo melhorar, trabalhar em cima do paciente...melhorar a qualidade do trabalho

S2 – E não foi só o momento das reuniões [Rodadas] que os trabalhos foram realizados, e que fizeram o momento. Está todo mundo unido pra fazer da melhor forma possível o nosso trabalho, mas que a gente tá melhorando a gente está...

S4 - E está registrado né... no trabalho da redução das escaras, na passagem do plantão, nas rotinas da unidade que a gente refez e nomeou as pessoas

S2 - Todos já sabiam fazer esse tipo de serviço, um cuidado mais ideal... Eu acho que isso [as Rodadas] só veio dar uma sacudida na turma, na unidade toda (ET)

S2 – E tu pode fazer a diferença nas pequenas coisas. Cuidar bem, com qualidade

S4 – Tu pode trocar uma cama e pronto ou tu pode trocar uma cama e trocar uma conversa, alegrar o paciente. É diferente

S5 – Mesmo com um paciente com AVC, tu pode dar a comida que ele não consegue sozinho e junto te comunicar com ele, mesmo que ele não fale (EN)

Partindo do pressuposto de que o conceito da integralidade tem uma larga abrangência e que, por isso, não se pode reduzi-la a apenas uma ou a algumas de suas dimensões, quer sejam elas as práticas, a organização do trabalho ou as políticas, desconsiderando as demais, algumas das transformações ocorridas foram identificadas e referidas pela equipe como integralidade, outras, mesmo pertencendo a ela, não. Em outros momentos, a integralidade, embora tenha sido relatada de forma implícita, foi considerada como tal na análise dos dados que traziam referências como: “cuidar bem”, “cuidado ideal”, “cuidar com qualidade”. É importante destacar a íntima ligação do dispositivo da Pedagogia da Roda com a integralidade, no sentido de valorização das relações no cotidiano do trabalho, para ampliar as respostas dos trabalhadores às necessidades de saúde dos indivíduos e coletivos (MATTOS, 2004; MATTOS, 2006).

A literatura reforça que as práticas de saúde podem ou não apontar para a integralidade, dependendo dos valores que circulam no âmbito dos serviços e, principalmente, quais destes serão corporificados pelos trabalhadores e coletivos, determinando o “saber-fazer comum” das práticas da equipe (BONALDI *et al.*,

2007; LOPES, 2007; PINHEIRO, 2007; AYRES, 2004b). Os autores apontam para a inseparabilidade entre integralidade, prática cotidiana e ética.

Nesse sentido, percebe-se, a partir das interações grupais, que é possível à equipe concretizar, em suas práticas de cuidado, alguns elementos da integralidade. Além disso, se reconhece na análise, uma capacidade da equipe para novas transformações, na medida em que esses espaços se legitimam não só nessa unidade, mas também na instituição hospitalar estudada. Cabe ressaltar, ainda, que concomitante aos grupos focais, as *Rodadas de Conversa* permaneciam acontecendo em todos os turnos de trabalho, como prática pedagógica inserida no processo de trabalho da equipe. Em alguns momentos, os participantes misturavam os grupos focais com as *Rodadas*, e as discussões ultrapassavam os objetivos da pesquisa, sendo necessário a pesquisadora retomar o foco das discussões. Considerou-se, entretanto, que esses momentos de fuga não prejudicaram a coleta dos dados, pelo contrário, foram enriquecedores para os resultados desse estudo.

5.2.2 - Por que a gente não vai conseguir mudar toda a unidade, todo o hospital, mas o próprio grupo pode melhorar – limites para integralidade

A orientação das práticas de saúde pela integralidade está diretamente ligada ao sentido desta como um princípio de direito universal ao atendimento das necessidades de saúde. Os limites para a integralidade podem se referir a um dos sentidos ou à articulação entre eles, como princípio orientador das práticas, da organização do trabalho e da organização das políticas (MATTOS, 2006).

Os limites da potência da Pedagogia da Roda, dispositivo de EP para a promoção da integralidade do cuidado no contexto estudado, apontam para um reducionismo das respostas dos trabalhadores, da equipe ou da instituição estudada às necessidades de saúde que se apresentaram no cotidiano do trabalho e foram relatadas nos grupos focais (MATTOS, 2006).

Na análise dos dados, o principal limite dessa potência do dispositivo da Pedagogia da Roda foi a dificuldade da equipe para modificar processos de trabalho até então instituídos em uma lógica tecnicista, fragmentada e hierarquizada.

S3 - Eu entendo assim, que o cuidado integral, a gente precisa dar atenção, conversar com ele, e até ajudar, muitas vezes, a família, mas é que tem as intercorrências, às vezes tu tens que largar um procedimento e socorrer o outro, daí fica muito difícil..

S4 - É... Por que o tempo que é dado para aquilo ali, e tu tem que fazer e ponto. Às vezes o teu colega ta mais atucanado do que tu, e não consegue te dar um auxílio, porque tu também não está conseguindo fazer as tua coisas

S5 - A minha maior dificuldade é a automatização do serviço, como tem muita coisa pra fazer, Tu faz um desenho do paciente, tu visualiza, chega ao quarto e... A automatização... Eu, por exemplo, às vezes me pego com a cortina aberta, com a porta aberta, com a janela aberta com vento, às vezes tu acaba fazendo coisas no automático e tu acaba prejudicando o final da tua intenção... (EM)

Destaca-se que os limites relativos à organização do trabalho foram amplamente discutidos pelos participantes da pesquisa em todos os turnos. Esses limites vão ao encontro das dificuldades, relatadas pelos trabalhadores, para legitimar as *Rodadas de Conversa* no contexto do trabalho, como já discutido anteriormente. Na enfermagem, o cuidado é reconhecido como essencial, tanto na compreensão do processo ensino-aprendizagem, quanto na organização do trabalho e nas ações desenvolvidas junto ao usuário. Partindo do pressuposto de que o cuidado no campo da saúde, em geral, e na enfermagem, em particular, é a sua própria razão de ser, ou seja, é o meio e o fim das ações que os trabalhadores desenvolvem em sua atuação profissional, entende-se que esses limites apresentados se referem à capturação das relações com o usuário em detrimento de procedimentos técnicos pré-estabelecidos, como destacado nas falas abaixo (JUNIOR *et al.*, 2006; MERHY, 2006; CECCIM, 2005a).

*S5 - Não é a qualidade do trabalho, é um pouco de, às vezes tem um paciente que tu precisa falar e dar mais **atenção** e, tu **não tem tempo** prá isso. .*

*S6 - Dar **mais atenção** para o paciente, muitas vezes tu não consegue, tu vai correndo porque **não tem tempo**.*

*S2 - Porque muitas vezes eles querem **puxar assunto**, mas a gente tem **muito pouco tempo**, a gente vai **ouvir**, mas tu tá pensando lá na porta, lá na saída (EN)*

S7 - Se consegue **fazer quase tudo**, procedimento, curativos, banho de leito... Só que assim, de repente, tu não dá pra aquele paciente a atenção necessária.. Tu **não acolhe** ele.

S5 -É a atenção...

S2 - E a prioridade tu tem que dar... Tu não pode só pensar num paciente... **E os outros?** E daí, **o que tu faz..** (ET)

De um modo geral, os participantes da pesquisa enfatizaram uma preocupação com “o sujeito”, com “o ouvir”, com “a atenção” e com “o acolher”, entretanto ficou evidente que esses trabalhadores foram capturados pela lógica do trabalho morto, ou seja, o trabalho com centralidade nos saberes tecnológicos estruturados. Merhy (2007), Henriques e Acioli (2004) corroboram o argumento anterior, alertando que, ainda que o cuidado seja reconhecido como núcleo estruturante da enfermagem, as práticas dos trabalhadores têm privilegiado rituais técnicos cada vez mais complexos, em detrimento da valorização do sujeito. Nesse sentido, a sobrecarga de trabalho foi relatada pelos sujeitos da pesquisa como estressante e motivo de sofrimento no trabalho.

S6 - O que dificulta é o número de pessoas na escala.

S8 – Tem dias que é muito corrido. Caminha até lá... Volta... Faz inclusão, faz exclusão. Daí vai até lá, faz a medicação, o banho, o curativo e corre.... O paciente chama. O do lado também. Leva paciente para exame. **E tu cansa e te estressa...**

S7 - De repente tu não consegues dar todos os cuidados, de repente um dia que outro lá, vai ficar uma coisinha pra traz... Até mesmo a dieta que tu não teve tempo pra dar para o paciente do lado... A dieta na boca dele... São coisinhas assim, **que te fazem sofrer no trabalho**

S6 – E ainda às vezes, as coisas boas que tu faz **não são valorizadas**, porém se tem um ponto negativo...

Como mostram os diálogos, os trabalhadores relataram dificuldades em superar uma lógica tecnicista, demonstrando, inclusive, sofrimento relativo à sobrecarga, à rotina, à divisão e fragmentação do trabalho. Destaca-se uma ambiguidade desses trabalhadores entre a implicação com o cuidado, mas no sentido do instituído e do normatizado, e a vontade de experimentar o novo, de recriar o seu cotidiano de trabalho. Segundo a literatura, esses relatos da equipe estudada apontam para a relação dor-desprazer-trabalho, proporcionada por situações vividas no trabalho. Barros (2007b) e Dejours (1992), em suas pesquisas com foco nas situações de sofrimento produzidas pelo trabalho,

afirmam que o prazer nas atividades laborais se relaciona com a participação do trabalhador na construção do trabalho e que o sofrimento está ligado ao sentimento de desqualificação, de desvalorização e de indignação ao executar uma tarefa que não utilize sua capacidade criativa, tornando-o “robotizado”. Schwartz (2002) corrobora esse argumento ao afirmar que o trabalhador faz “*uso de si*” na medida em que o trabalho não é só execução, ou seja, ele utiliza suas próprias capacidades e escolhas para realizar a parte criativa do trabalho, aquela que foge das normas e das exigências do meio externo. Para resistir à pura execução no trabalho, os participantes da pesquisa relataram que algumas alternativas foram discutidas e propostas nas *Rodadas*, mas não tiveram sucesso.

S6 - A nossa proposta foi redistribuir os pacientes pesados e dependentes nos quartos, para facilitar a escala.

S8 – Para poupar o pessoal que já tá super cansado, estressado...

S4 – É que daí diminuiria um pouco o trabalho, e tu conseguirias dar um pouco mais de assistência.. Atenção ao paciente.

S2 - É que na verdade a nossa escala funciona no quantitativo de pacientes para aquele técnico... e deveria funcionar no qualitativo

S1 - Mas nós esbarramos, não é justificativa, na questão administrativa sempre que nós pensamos em nos mobilizar se esbarra na questão administrativa... É que consta lá na admissão que é tal leito, e tem que ser tal leito... É uma novela mexicana...

S6 - É que eles se esquecem que a gente lida com ser humano, não é com papel. (EM)

Outro limite, encontrado na potência da pedagogia da Roda para as transformações das práticas de cuidado na direção da integralidade, se refere ao reconhecimento da instituição que as transformações necessárias não se darão somente com investimento na capacitação dos trabalhadores e que existe a necessidade de uma mudança de cultura nos padrões de cuidado da instituição para que processos educativos, como as *Rodadas de Conversa*, sejam duradouros e não se esvaziem em sua própria metodologia (CAMPOS, 2007b). Além disso, os trabalhadores apresentaram algumas situações de sobrecarga de trabalho, por motivo da burocratização da instituição.

S1 - Eu já tive experiências de chegar, assim, e o familiar meio revoltado, quase me agredir. O problema já tinha sido passado do outro turno e

ninguém resolveu. Já tinha passado pelo administrativo, pela ouvidoria e nada. Sempre sobra prá gente contornar a situação
S6 - É verdade, dependendo de como tu entra pra resolver, tu cria um campo de guerra ou tu cria um campo de paz... (ET)

Percebe-se no diálogo dos trabalhadores que a solução desse problema ultrapassa as questões do microespaço, ela é institucional; não basta a vontade, individual e coletiva, de uma equipe em mudar. Se o contexto não mudar e a estrutura não possibilitar, essas transformações nos sujeitos tendem a se esvaír. É necessário que esse investimento na mudança seja legitimamente reconhecido na instituição. Nessa direção, a literatura aponta para a ampliação da gestão e da clínica, no sentido de aumentar o grau de democracia interna nas organizações e de abertura aos processos criativos no trabalho (BARROS; BARROS, 2007; CAMPOS; AMARAL, 2007).

Além dos limites relativos aos trabalhadores, equipe de enfermagem e instituição hospitalar, cabe destacar o desafio do trabalho em equipe multidisciplinar no contexto hospitalar.

S5 - Para cuidar bem... Eu acho que só com o grupo todo, a equipe médica, enfermagem, laboratório, técnicas de higienização, nutrição, e a união de um todo pra formar toda a competência que tem que ter durante a internação do paciente...
S1 - É como uma roda, do grupo multidisciplinar, multi...
S3 - Equipe médica é o problema. Cadê o médico?

Ressalta-se que o trabalho em equipe, na saúde, diz respeito à multiprofissionalidade, por abranger as várias categorias profissionais que atuam no hospital e também a interdisciplinaridade, como produção de conhecimento e integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento. A hegemonia médica permanece ainda forte no meio hospitalar, o que não permite a criação de equipes multiprofissionais; há somente especialidades que não atuam juntas entre si, nem com a enfermagem ou com outros profissionais da área, tampouco com o usuário. Peduzzi (1998) configura o trabalho em equipe multiprofissional como um trabalho coletivo que se embasa na reciprocidade entre a técnica e a interação entre os profissionais das diversas áreas de atuação na saúde. Portanto, para lidar com as complexidades do cuidado no âmbito hospitalar e obter resultados efetivos, é imprescindível a criação de espaços de educação, de

saúde e de trabalho que se ampliem a fim de integrarem as diversas categorias profissionais que atuam nesse contexto. Dessa forma, entende-se que as mudanças pretendidas ultrapassam as fronteiras da enfermagem.

6 REFLEXÕES SOBRE A TRAJETÓRIA: VIVÊNCIAS DE APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA NA RODA E A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NO HOSPITAL

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma abordagem qualitativa, tendo como principal estratégia de pesquisa a realização de grupos focais. O objetivo do estudo foi analisar os limites e as possibilidades do uso da Pedagogia da Roda como dispositivo para ações de Educação Permanente de equipes de enfermagem de um hospital universitário, com enfoque na integralidade das práticas de saúde e considerando a experiência dos sujeitos dessas ações. Para dar conta desse objetivo, três questões norteadoras foram formuladas: uma primeira focada nos aspectos que facilitaram ou dificultaram a utilização da Pedagogia da Roda como dispositivo de Educação Permanente (EP); uma segunda dirigida à compreensão de como a experiência da Roda e a análise do processo de trabalho que ela possibilitou contribuíram para que a equipe de enfermagem realizasse uma revisão das suas práticas de saúde; a última que questionava em que medida tal análise viabilizou a transformação dessas práticas na direção da integralidade do cuidado.

A pesquisa se desenvolveu a partir de um Projeto Piloto de EP, realizado na instituição com equipes de enfermagem, denominado *“Rodadas de Conversa sobre o Trabalho em Saúde”*, em função da utilização do referencial da Pedagogia da Roda. O projeto apostou na criação de espaços educativos, integrados ao ambiente de trabalho, para possibilitar a escuta do trabalhador, a reflexão individual e coletiva sobre os processos de trabalho e a intervenção da própria equipe nos problemas do cotidiano.

Ao longo do processo de pesquisa, a EP foi considerada como uma inovadora forma de entender/fazer educação de trabalhadores da saúde como direito de cidadania, efetivado na relação dialógica e participativa entre os diferentes saberes dos sujeitos sociais e negociado entre as partes envolvidas no processo pedagógico.

A análise do conteúdo das interações nos grupos focais indica que, como propõe a EP, ações de educação de trabalhadores da saúde que tenham um

interesse legítimo na transformação das práticas não podem prescindir de investimentos nos sujeitos e nas equipes, no sentido de uma educação que promova a ética do cuidado, a autonomia desses sujeitos e a ressignificação dessas práticas.

Apesar dos avanços na retórica e nas políticas voltadas à educação de trabalhadores, o contexto hospitalar ainda permanece fortemente influenciado pelo pressuposto de que os conhecimentos definem as práticas e segue utilizando, em muitos dos seus espaços educativos, metodologias transmissivas e verticalizadas, em consonância com concepções tradicionais de educação e de educação para o trabalho. A análise dos dados reforça, não só a necessidade, mas também a possibilidade de ruptura com esses modos de educar, ampliando os limites educativos do trabalho a partir da problematização dos processos de trabalho e da aprendizagem significativa que dela pode resultar. A análise permite concluir que a aprendizagem pelo trabalho só tem sentido se estiver inscrita na complexidade da experiência de trabalho, e que o diálogo e a escuta entre os trabalhadores podem se constituir em importantes instrumentos para essa aprendizagem.

Embora a equipe pesquisada tenha enfrentado dificuldades para integrar as *Rodadas de Conversa* ao seu processo de trabalho, em função, principalmente, da predominância do trabalho técnico fragmentado, característico da enfermagem hospitalar, a análise sugere que, no seu cotidiano de trabalho, é viável a ampliação, criação e manutenção de encontros para o diálogo e a escuta entre trabalhadores.

O potencial da escuta e do diálogo como dispositivos pedagógicos está na possibilidade de desacomodação dos sujeitos e na produção de subjetividades. Nesse sentido, houve um reconhecimento, por parte da equipe, da importância das *Rodadas de Conversa* como espaços de escuta e de diálogo entre os trabalhadores. Esses espaços foram valorizados como veículos para a transformação individual, coletiva e do trabalho. Tal valorização favoreceu o envolvimento e a responsabilização dos sujeitos com o processo pedagógico constituído. A análise dos dados também sugere que as *Rodadas* fizeram circular novos saberes e novos jeitos de aprender, de forma a tornar o processo

pedagógico inacabado, em movimento e se abrindo permanentemente para novos aprendizados.

A experiência vivida pela equipe nas *Rodadas* parece ter aberto caminho para o aproveitamento consciente da práxis como via permanente de educação para e no trabalho. Isso permitiu-lhes se reconhecerem como protagonistas de processos de mudança e de melhoria das práticas de saúde a serem viabilizadas no contexto do trabalho. Nesse sentido, ficou reforçada a pertinência da utilização de dispositivos, como a Pedagogia da Roda, para viabilizar, por meio da problematização da prática, novos arranjos na organização do trabalho, estimulando a proposição de ações para o enfrentamento responsável e criativo das situações vivenciadas individual e coletivamente.

Além disso, nos seus depoimentos acerca da experiência das *Rodadas*, os trabalhadores indicaram implícita e explicitamente que a oportunidade de dialogar na Roda propiciou a (re)aprendizagem coletiva dos valores do cuidado. A análise indicou que essa resignificação de valores foi extremamente relevante para o trabalho da equipe, na medida em que serviu de estímulo à reinvenção dos modos de cuidar. Nesse sentido, entende-se que os valores não são determinantes das práticas da equipe, mas podem direcioná-las para a integralidade como um princípio ético das suas ações de cuidado.

O processo analítico permite argumentar que as *Rodadas* promoveram uma aproximação das práticas de cuidado da equipe estudada a elementos constitutivos da integralidade, como o acolhimento, a escuta ativa, a implicação com o trabalho e a responsabilidade com o cuidado, possibilitando o rompimento com a tradicional lógica tecnicista do trabalho da enfermagem hospitalar.

Apesar de indicarem fortemente as potencialidades da Pedagogia da Roda para a reinvenção das práticas de saúde da equipe, orientadas na direção da integralidade, os dados também apontam alguns limites dessa potencialidade, sendo o principal, a dificuldade da equipe para modificar processos de trabalho até então instituídos em uma lógica que enfatiza os valores técnicos, em detrimento dos valores humanísticos do cuidado. Para os trabalhadores parece ter sido um desafio superar essa lógica, e seus relatos sugerem certo sofrimento ao abandonar a rotina para experimentar algo novo: sentar, conversar, refletir,

compartilhar, tomar decisões, comprometer-se individual e coletivamente com propostas de mudança. Os diálogos nos grupos focais revelaram desejos conflituosos entre a implicação com o cuidado instituído e o impulso de experimentar o novo.

Um outro ponto relevante a ser destacado como limite da potencialidade da Pedagogia da Roda, representada nesse estudo pelas *Rodadas de Conversa*, tem relação com a dificuldade de adesão dos demais membros da equipe de saúde à proposta. A hegemonia médica permanece ainda forte no meio hospitalar, o que não permite a criação de equipes multiprofissionais, mas somente especialidades que não atuam junto, nem com a enfermagem, nem com outros profissionais da área, tampouco com o usuário.

Num sentido mais amplo, pode-se inferir que os limites da potencialidade da Pedagogia da Roda, como dispositivo de EP na promoção da integralidade do cuidado, extrapolam o âmbito das dificuldades particulares da equipe estudada para superar os tradicionais “modos de fazer”. As transformações da prática não se darão somente com investimentos na capacitação dos trabalhadores, posto que as práticas de saúde são também influenciadas por condições contextuais. O argumento é que não basta o estímulo individual e coletivo para a mudança. É necessária, também, uma concomitante “vontade institucional” que seja capaz de encaminhar uma reengenharia sustentável do contexto e das relações, de forma a impulsionar e absorver processos de mudança nas formas como o trabalho em saúde se realiza.

Um outro aspecto que pode ser considerado como limitante da potência da Pedagogia da Roda para reinventar as práticas de saúde na direção da integralidade é o trabalho em equipe multiprofissional. Sem particularizar o caso da enfermagem, porque a integralidade do cuidado não será obtida apenas pelo esforço e vontade de um grupo de trabalhadores de uma categoria profissional, argumento que, no contexto hospitalar, esta não se efetivará sem a participação de todos os atores que compõem os cenários de cuidado – usuários, profissionais e gestores. Na situação específica das *Rodadas de Conversa*, vivenciadas pela equipe estudada, apesar de alguns movimentos para incluir os outros profissionais da equipe na Roda, isso acabou não se efetivando, privando a

equipe de enfermagem do compartilhamento de saberes com esses profissionais e trazendo prejuízos para a articulação de acordos e tomadas de decisão participativas. Quanto à participação dos usuários, apesar do conhecimento da sua importância na efetivação de ações de EPS e para a integralidade, não foi possível à equipe de enfermagem articular estratégias que viabilizassem alguma forma de participação nas *Rodadas*.

A dinâmica adotada nos procedimentos investigativos, utilizados nesse estudo, e a análise dos seus resultados permitiram tecer considerações que têm a pretensão, não de se esgotar no escopo dessa dissertação, mas de instigar outros estudos capazes de produzir conhecimentos que sejam úteis na proposição de estratégias para aproximar as práticas de cuidado dos trabalhadores de saúde aos princípios do SUS, em especial à integralidade.

A ampliação desse campo de investigações no contexto hospitalar pode promover o resgate do papel da enfermagem na equipe multidisciplinar no contexto do hospital, a partir do fortalecimento do coletivo e do desenvolvimento da autonomia dos trabalhadores.

Acredito que esse estudo traz contribuições para o trabalho da enfermagem hospitalar, no sentido de sugerir novos rumos para programas de formação no e para o trabalho e para a reinvenção das práticas. A essência dessa renovação estaria no reconhecimento da interconexão entre a educação e o trabalho e na valorização do caráter relacional do cuidado na mesma medida que as técnicas, as rotinas e os procedimentos.

Entendo que é preciso pensar e agir integrando situações de cuidado com aprendizagens participativas e compartilhadas no contexto do trabalho. É por meio das interações entre os trabalhadores e destes com o usuário que a potência da EP se efetivará nas práticas de cuidado dos trabalhadores. É em contexto que somos instigados a ser e conviver, a trabalhar em equipe e a aprender a aprender, potencializando a capacidade de acolher e cuidar.

Ao término dessa dissertação vejo o caminho percorrido na sua construção como uma oportunidade de transformação da minha vida pessoal e profissional, fazendo repensar minhas verdades e concepções sobre educação, saúde, integralidade, cuidado e, ao mesmo tempo, estimulando uma revisão da minha

prática educativa. Estar vivendo as questões da educação, da saúde e do trabalho da enfermagem de forma tão intensa nesses últimos tempos e arriscar-me pelos caminhos da pesquisa sobre essas vivências me abriram possibilidades de reinvenção do que venho fazendo como enfermeira docente há algum tempo. Reinventar-me, nesse espaço, tem sido um estímulo para acreditar que é possível transformar as práticas de saúde no contexto hospitalar, em especial as da enfermagem, de modo a aproximá-las do ideal da integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, saúde**, 8, n.14, p.73-92, 2004a.

_____. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9, n.3, p.583-92, 2004b.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, 13, n.3, p.16-29, set.-dez. 2004c.

_____. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. (ed.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, p.127-45, 2007.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6, n.1, p.63-72, 2001.

BARROS, M. E. B. Seria possível uma prática do cuidado não-reflexiva? O cuidado como atividade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. (ed.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, p.113-26, 2007a.

_____. Trabalhar: usar de si - sair de si*. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 11, n.22, p.345-63, maio-ago. 2007b.

BARROS, M. E. B. et al. Desafios para a construção de um programa de formação em saúde e trabalho na coordenação de recursos humanos/ atenção ao servidor/ Ministério da Saúde. In: SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. D. (ed.). **Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Unijuí, p.175-84, 2007.

BARROS, R. B.; BARROS, M. E. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. D. (ed.). **Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Unijuí, p.61-71, 2007.

BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R. et al (ed.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, p.53-74, 2007.

BRASIL. Lei 5604, de 2 de setembro de 1970. Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos. **Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública Hospital de Clínicas de Porto Alegre e dá outras providências**. Brasília, 1970. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5604.htm>. **Acesso em 02 set. 2009**.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 1996.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único em Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências Brasília, Ministério da Saúde. 2004 a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde - Pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela saúde 2006** - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde. 2006

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 1996/GM** de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. 2007

CAMPOS, G. W. D. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 9, n.17, p.389-406, mar.-ago. 2005.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec. 2007a.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec. 2007b.

CAMPOS, G. W. D. S.; AMARAL, M. A. D. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12, n.4, p.849-59, 2007.

CECCIM, R. B. Pediatria, puericultura, pedagogia: imagens da criança e o devir-criança. **Bol. da Saúde**, 1, n.15,p.87-103, 2001.

_____. Educação Permanente em saúde: um desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 9, n.16, p.161-77, set.2004-fev.2005a.

_____. Onde se lê "Recursos Humanos em Saúde", leia-se "Coletivo organizado de produção em Saúde": desafios para a educação. In: MATTOS, R.; PINHEIRO, R. (ed.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, p.161-80, 2005b.

_____. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. **Estudos Universitários**, 33, n.1, jun. 2007a.

_____. "Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde"! O dever da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 11, n.22, p.345-63, maio-ago. 2007b.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, 6, n.3, p. 443-56, nov.2008-fev.2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Saúde Coletiva**, 14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, R. B. et al. Autogestão no trabalho com/em equipes de saúde: estudantes agindo o Sistema Único de Saúde. In: PINHEIRO, R. et al (ed.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, p.179-204, 2007.

CECILIO, L. C. D. O. A morte de Ivan Ilitch de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 2008.

CECILIO, L. C. D. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. (ed.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, p.199-212, 2007.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez-Oboré. 1992

DENMAN, C. A.; HARO, J. A. Trayectoria y desvaríos de los métodos cualitativos em la investigacion social. In: MERCADO, F. J. et al (ed.). **Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa em salud**. Guadalajara - México, p.35-72, 2002.

FELLI, V.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (ed.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1-13, 2005.

FERRAZ, F. **Educação Permanente/Continuada no tarabalho: um caminho para a construção e transformação em saúde nos hospitais universitários federais de ensino**. (Dissertação). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 267 p, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 9, n.18, p.489-506, set.-dez. 2005.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO L. C. d. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4, n.12, p. 965-971, 2007.

FORTUNA, C. M. **Cuidando de quem cuida**: notas cartográficas de uma intervenção na montagem de uma equipe como engenhoca-mutante para produção de vida. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 11, n.23, p.427-38, set.-dez. 2007.

FRANCO, T. B.; MERHY E. E. A produção Imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro, CEPES/UERJ:ABRASCO, p.181-194, 2005.

FRANCO, T. B. et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 15, n.2, p.345-53, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra. 2001.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra. 2006.

_____. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2007.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**: Paz e terra. 2008

FURTER, P. **Educação e reflexão**. Petrópolis: Vozes. 1985

FURTER, P. **Educação e vida**. Petrópolis:Vozes. 1987.

GADOTTI, M. **Pensamento pedagógico brasileiro**. São Paulo: Ática. 2006.

GOMES, R. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R. et al (ed.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, p.19-36, 2007.

GUIZZO, B. S.; AL, E. O software QSR NVivo 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 24, n.1, p.53-60, abr. 2003.

HADDAD, J. *et al.* Educación permanente de personal de salud. Washington: Organización Panamericana de la salud. **Desarrollo de Recursos Humanos en Salud**, n. 1000, 1994,

HECKERT, A. L. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. (ed.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, p.199-212, 2007.

HENRIQUES, R. L. M.; ACIOLI, S. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da FENF-UERJ. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. (ed.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, p.293-305, 2004.

HENRIQUES, R. L. M.; PINHEIRO, R. Responsabilidade pública e extensão universitária. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (ed.). **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, p. 41-59, 2008.

KASTRUP, V. Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. **Educação & Sociedade**, 26, n.93, p.1273-88, set.-dez. 2005.

LEITE, J. C. A. et al. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 52, n.2, p.161-8, 1999.

LOPES, T. C. et al. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. (ed.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, p.29-40, 2007.

LOYOLA, C.; ROCHA, S. **O caminho das pérolas: novas formas de cuidar em saúde**. São Luis: Unigraf. 2002.

MATTOS, R. A. D. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos Saúde Pública**, 20, n.5, p.1411-16, set.-out. 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. (ed.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, p.41-66, 2006.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento**. Ribeirão Preto:USP, 2003. 186 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MATUMOTO, S. et al. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde pública**, 17, n.1, jan.-fev. 2001.

MATURANA, H. R. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: UFMG. 1998. (Tradução de: Emociones y lenguaje en educación y política)

_____. **Formação humana e capacitação**. Petrópolis: Vozes. 2002.

Maturana, H. R., C. Magro, et al. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: UFMG. 2001.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 9, n.16, p.161-77, set.2004-fev.2005.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (ed.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, p.71-112, 2006.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec. 2007.

MERHY, E. E. et al. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. **Salud Colectiva**, 2, n.2, p.147-60, mayo- ago. 2006.

MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** São Paulo: Hucitec. 2007.

MOTTA, J.I.J., *et al.* Novos desafios para a formação de recursos humanos em saúde. **Olho Mágico**, 8, n.3, p.4-8, 2001.

NOUROUDINE, A. A linguagem: dispositivo revelador da complexidade do trabalho. In: SOUZA E SILVA, M. C. P.; FAITA, D. (ed.). **Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França**. São Paulo: Cortez, p.17-30, 2002.

ONOCKO, R.; AMARAL, M. Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional. In: MERHY, E.E.; _____. (ed.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo:Hucitec, p.353-72, 2006.

PASCHOAL, A.S. *et al.* Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem (USP)**, 41, n.478-84., 2007.

PEREIRA, I.B. A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.D. (ed.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, p.145-164, 2007.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas: UEC, 1998. 270 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, 1, n.15, p. 103-9, 2001.

_____. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R. et al (ed.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, p.161-178,2007.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. O processo de trabalho em enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista brasileira de Enfermagem**, 55, n.4, p.392-8, 2002.

PEDUZZI, M., et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 2009.

PINHEIRO, R. As práticas do cuidado na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: _____.; MATTOS, R. A. D. (ed.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, p.67-114, 2006.

_____. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. (ed.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, p.15-28, 2007.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO, R. et al (ed.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, p.13-35, 2006.

PINHEIRO, R. O.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. (Ed.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC, p.21-36, 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. Cuidado como valor: razões públicas para a integralidade em saúde. In: _____; _____. (ed.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro, 2007. p.9-11.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez. 1989

PIRES, D. et al. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2, n.2, p.311-25, 2004.

POLIT, D. F. et al. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed. 2004.

PONTES, A. L. D. M. et al. Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem. In: PINHEIRO, R. et al (ed.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, p.251-76, 2006.

RIBEIRO, E.C.D.O.; MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Saúde e Debate**, 12, p.39-44, 1996.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. D. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** 14, n.6, novembro-dezembro, 2006.

ROCHA, Sebastião. A pedagogia da roda. **On-line Boletim Espacio para la infancia. Bernard Van Leer Foundation**, Holanda, n.13; 2000. Disponível em < <http://www.bernardvanleer.org/>>. Acesso em 19 out. 2009.

_____. Projeto sementinha. **On-line Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento**, Belo Horizonte, 2007. Disponível em <<http://www.cpcd.org.br/sm.htm>>. Acesso em 19 out. 2009.

ROSCHKE, M. A. C.; CASAS D, M. E. Contribucion a la formulacion de um marco conceptual de educacion contínua en salud. **Educacion Médica y Salud**, 21, n.1, p.1-10, 1987.

ROVERE, M. Comentarios estimulados por la lectura del artículo Educacao Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** 9, n.16, p.169-71, set.2004-fev.2005.

SANTOS-FILHO, S. B. Indicadores de valorização do trabalho e trabalhadores da saúde. In: _____.; BARROS, M. E. B. D. (ed.). **Trabalhador da Saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, p.143-71, 2007.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, R. B. D. Câmara técnica de humanização como dispositivo de co-gestão: experimentando o conceito de rede. In: _____.; _____. (ed.). **Trabalhador da Saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, p.203-25, 2007.

SAUPE, R.; BUDÓ, M. L. D. Pedagogia interdisciplinar: "educare" (educação e cuidado) como objeto fronteiriço em saúde." Texto Contexto Enferm, 2, n. 15, p. 326-33, 2006.

SCHWARTZ, Y. A abordagem do trabalho reconfigura nossa relação com os saberes acadêmicos: as antecipações do trabalho. In: SOUZA E SILVA, M. C. P.; FAITA, D. (ed.). **Linguagem e trabalho**: construção de objetos de análise no Brasil e na França. São Paulo: Cortez, p.109-26, 2002.

SILVA JUNIOR, A. G. D. S. et al. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R. et al (ed.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, p.93-110,2006.

SOUTO LOPES, S. R. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**. 18, n.2, p.147-55, out.06-abr.2007.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecno-semiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6, n.1, p.49-61, 2001.

_____. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. (ed.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, p.91-114, 2007.

VARELA, F.; MATURANA, H. R. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas do conhecimento humano**. São Paulo: Psy II. 1995

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis: Vozes. 2004.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo**. Ribeirão Preto: USP, 2005. 291p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão preto, 2005.

APÊNDICE A – Convite e seleção dos sujeitos da pesquisa

CONVITE

PROJETO DE PESQUISA: MESTRANDA LIEGE MACHADO BRUM

TÍTULO:

A PEDAGOGIA DA RODA COMO DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ENFERMAGEM HOSPITALAR: ESTUDO DE UMA EXPERIÊNCIA EDUCATIVA NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE.

PROJETO:

APROVADO PELO GPPG-HC TERÁ INÍCIO APÓS ASSINATURA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE CADA PARTICIPANTE, SENDO GUARDADO SIGILO

GRUPOS FOCAIS:

TÉCNICA UTILIZADA PARA COLETA DE DADOS PARA PESQUISA, ONDE OCORREM ENCONROS ENTRE GRUPOS, PARA DISCUSSAO DE DETERMINADO ASSUNTO.

DINÂMICA DOS GRUPOS FOCAIS:

ESTÃO PREVISTOS TRÊS (3) ENCONTROS SEMANAIS COM CADA EQUIPE DO TURNO MANHÃ, TARDE E NOITE, COM HORÁRIO A COMBINAR COM CADA EQUIPE:

1º ENCONTRO – SEMANA DE 31 a 04 DE ABRIL

2º ENCONTRO – SEMANA DE 07 a 11 DE ABRIL

3º ENCONTRO – SEMANA DE 14 a 18 DE ABRIL

LOCAL: ESCOLA DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

DURAÇÃO DE 1H 30 MIN, COM SEGUINTE DINÂMICA:

*ATIVIDADE INTEGRADORA

*COQUETEL

*GRUPO FOCAL – DISCUSSÃO SOBRE TEMA PROPOSTO

SUA PRESENÇA É MUITO IMPORTANTE

SE HOVER INTERESSE EM PARTICIPAR, FAVOR PREENCHER DADOS ABAIXO

NOME:

UNIDADE DE TRABALHO: TURNO:

TELEFONE PARA CONTATO:

SUGESTÕES DE DATAS E HORÁRIOS DOS ENCONTROS:

1º ENCONTRO:

31/3(seg) 01/4(ter) 02/4(qua) 03/4(qui) 04/4(sex)

Horário:

2º ENCONTRO:

07/4(seg) 08/4(ter) 09/4(qua) 10/4(qui) 11/4(sex)

Horário:

3º ENCONTRO:

14/4(seg) 15/4(ter) 16/4(qua) 17/4(qui) 18/4(sex)

Horário:

OUTRAS SUGESTÕES DE DATAS E HORÁRIOS:

.....
.....

APENDICE B – Agenda dos Grupos Focais

1º ENCONTRO – 1H 40 MIN	
1. (10 min)	<p>Agradecimento pela participação – importância da participação do grupo</p> <p>Apresentação da bolsista e sua função no grupo</p> <p>Apresentação do projeto de pesquisa: justificativa, título, objetivos, questões norteadoras e finalidade do estudo.</p>
2. (10 min)	<p>Negociação das regras: pontualidade e assiduidade nos três encontros, compromisso na construção da dissertação, respeito entre as falas, sigilo das falas, registro das falas (gravação)</p> <p>Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</p>
3. Atividade integradora (10 min)	<p><u>Qualidades do grupo</u></p> <p>Distribuir papel e caneta para todos. Comentar sobre a importância da integração do grupo. Escrever três qualidades no papel.</p> <p>Cada um retira um papel que não o seu. Cada um lê as características do colega e tenta adivinhar o colega. Se acertar, coloca um crachá.</p> <p>Os que sobraram eu colocarei o crachá.</p> <p>Discutir as características em comum.</p>
4. Intervalo para lanche (20 min)	
5. Grupo focal (50 min): pano de fundo é a EDUCAÇÃO – explorar o que a educação possibilitou aprender e ensinar	<p>Situar o grupo quanto ao antes e o depois das rodadas de conversa – a nova abordagem</p> <p>O que se aprendeu e o que se ensinou</p> <p>Refletir sobre o antes e o depois das rodadas: semelhanças e diferenças de funcionamento do grupo do turno e da equipe</p> <p>Explorar a escuta, a motivação, o protagonismo, a autonomia e o acolhimento</p>
	<p>QUESTÕES FOCAIS</p>
	<p><u>1 - Que aspectos facilitaram ou dificultaram a utilização da pedagogia da roda como dispositivo de ações de educação permanente?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Como a equipe vê a educação em serviço fazendo parte de sua atuação profissional? - Como foi o processo de negociação do grupo para o início das rodadas? - Como foi para a equipe parar com seu trabalho, sua rotina e no mesmo local, mas em espaço diferente, refletir sobre seu processo de trabalho? Foi fácil – difícil? - O que facilitou este processo? E o que dificultou este processo? - Como foi se reunir e falar frente ao grupo, se posicionar? - O que a tua fala gera no grupo e que reflexões posteriores te permitem estas trocas de experiências com os colegas de trabalho?
	<p>Expectativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar e integrar o grupo e possibilitar que todos se manifestem - Refletir sobre a metodologia da roda utilizada no projeto piloto de educação em serviço na UI X: as fases, as facilidades e as dificuldades
	<p>Síntese do encontro e planejamento do próximo encontro (5 min)</p>

2º ENCONTRO – 1H 40 MIN
1. Relembrando as regras (5 min)
<p>2. Atividade integradora (15 min) <u>Discussão sobre “A parábola da qualidade”</u></p> <p>Era uma vez quatro pessoas que trabalhavam juntas e se chamavam: Todomundo, Alguém, Qualquerum e Ninguém. Havia um importante trabalho a ser feito e Todomundo acreditava que Alguém iria executá-lo. Qualquerum poderia fazê-lo, mas ninguém o fez. Alguém ficou aborrecido com isso, porque entendia que sua execução era responsabilidade de Todomundo. Todomundo pensou que qualquer um poderia executá-lo, mas Ninguém imaginou que Todomundo não o faria. No fim Todomundo culpou Alguém, quando Ninguém fez o que Qualquer um poderia ter feito!</p> <p style="text-align: right;">Autor desconhecido.</p>
3. Intervalo para lanche (20 min)
4. Grupo focal (50 min)
<p><u>Síntese do encontro anterior</u></p> <p><u>Questões focais:</u></p> <p>2 - Como a participação dos membros das equipes de enfermagem na experiência da roda e a análise do processo de trabalho que ela possibilitou contribuíram para uma revisão das suas práticas de saúde?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como foi refletir e revisar o processo de trabalho no grupo de trabalho? - A partir dessa reflexão foi possível rever as práticas de cuidado? Quais? - De que forma isso ocorreu? - Como a equipe se organizou? <p>3 - Em que medida essa análise viabilizou a construção coletiva de integralidade nas práticas de saúde dessas equipes?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quais as propostas de mudança nas práticas cotidianas permitiram à equipe perceber que assim estariam cuidando melhor? - Que cuidados foram propostos, que ainda não eram desenvolvidos pela equipe para cuidar melhor dos pacientes da unidade? - E quais os que a equipe acha que ainda precisa melhorar - Como a equipe viabilizou as mudanças propostas por ela mesma no sentido de cuidar o indivíduo integralmente. O que aconteceu no grupo ou individualmente?
<p><u>Expectativas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Possibilitar que todos se manifestem - Saber se a experiência da roda possibilitou a análise do processo de trabalho - Compreender de que forma esta análise permitiu revisar as práticas cotidianas da equipe - Saber se a equipe conseguiu propor e construir coletivamente novas práticas de saúde e, se estas se aproximam do cuidado integral
5. Síntese do encontro e planejamento do próximo encontro (5 min)

3º ENCONTRO – 1H 40 MIN
1. Relembrando as regras (5 min)
2. Atividade integradora (15 min) Dramatização de uma situação que a equipe considere o cuidado ideal ao pacientes internados na UI X
3. Intervalo para lanche (20 min)
4. Grupo focal (50 min) <u>Síntese do encontro anterior</u> <u>Entrega por escrito das propostas encaminhadas pelas equipes de cada turno no oitavo encontro das rodadas de conversa para a própria equipe, chefia de unidade e chefia de serviço a fim de favorecer a discussão nas equipes</u> <u>Questões focais:</u> 4- <u>Que intervenções nas práticas de saúde foram realizadas pelas equipes de enfermagem para possibilitar essa integralidade?</u> - Quais as práticas voltadas a esse cuidado ideal ou integral, demonstrado pela equipe, foram analisadas e depois propostas mudanças no modo de cuidar ou de se organizar para o cuidado? - O que foi possível intervir e experienciar e que deu certo? Que melhorou a forma de cuidar 5- <u>Quais práticas de saúde, na perspectiva da integralidade, foram ou não possíveis de serem incorporadas ao processo de trabalho dessas equipes?</u> - O que vocês consideram que foi incorporado, aceito e que a equipe reconhece como melhoria do cuidado – aspectos da equipe e de cuidado ao paciente - O que vocês consideram que não foi incorporado, mas que sentem que seriam necessários ou importantes para cuidar melhor – aspectos da equipe e de cuidado ao paciente - Estas novas práticas se aproximam do cuidado ideal ou integral? Como? Por quê?
<u>Expectativas:</u> - Possibilitar que todos se manifestem - Compreender o entendimento de cuidado integral dessa equipe - Saber se as práticas de saúde que sofreram intervenção pela equipe se aproximaram do cuidado integral - Saber quais práticas foram ou não possíveis de serem incorporadas ao processo de trabalho dessa equipe - Saber o que esta equipe ainda quer aprimorar em sua forma de cuidar para aproximar suas práticas de saúde ao cuidado integral – EPS
5. Síntese do encontro e planejamento do próximo encontro (5 min)

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal do Rio Grande do sul Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

A pesquisa “A Pedagogia da Roda como dispositivo de Educação Permanente na Enfermagem: estudo de uma experiência educativa na perspectiva da integralidade,” tem por objetivo conhecer e analisar os limites e as possibilidades do uso da pedagogia da roda como dispositivo para ações de educação permanente de equipes de enfermagem de um hospital universitário, com enfoque na integralidade das práticas de saúde e considerando a experiência dos sujeitos dessas ações. Trata-se da dissertação da aluna Liege Machado Brum, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Essa pesquisa cumpre o que consta na Resolução nº. 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisadora responsável: Liege Machado Brum. Contato: (51)92469978 / 37378651; E-mail: liegembrum@yahoo.com.br.

Orientadora responsável: Dra Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira. Contato: (51)98657650 / 33443368; E-mail: dora@enf.ufrgs.br.

Este termo tem como objetivo garantir que Eu _____
_____ concordo em participar desse estudo.

Explicaram-me o caráter voluntário da participação nessa pesquisa, além do direito de retirar-me do estudo a qualquer momento. Fui esclarecido quanto aos seguintes aspectos: 1- Os dados serão coletados por meio de grupo focal e serão mantidos em confidencialidade e anonimato, sendo utilizados com a única finalidade de fornecer elementos para a realização da dissertação, dos artigos e de comunicações que dela resultem. Fica garantido que não terão repercussão na avaliação do desempenho profissional e que não trarão quaisquer problemas trabalhistas ao participante. 2- As atividades do grupo focal serão gravadas e, após, guardadas por até cinco anos, sendo, então, destruídas. 3- Se, no decorrer do estudo, o participante vier a manifestar sua vontade de interromper sua participação e/ou solicitar que o conteúdo não seja divulgado, as pesquisadoras atenderão a sua vontade. 4- O material coletado também não poderá ser objeto de comercialização e/ou divulgação que possa prejudicar os participantes ou a instituição onde exercem suas funções. 5- Essa pesquisa é considerada de risco mínimo. 6- Somente após assinatura do termo de consentimento é que a equipe de enfermagem constituirá o grupo focal. 7- É compromisso das pesquisadoras manterem os participantes informados sobre o andamento da pesquisa e, ao concluir o estudo, devolverem-lhes de alguma forma os resultados finais. 8- Esse termo será apresentado em duas vias; uma para a pesquisadora e outra para o participante da pesquisa.

Pesquisadora: Liege Machado Brum _____
Assinatura da pesquisadora

Nome: _____
Assinatura do participante

Porto Alegre, _____ de _____ de 2008.

APÊNDICE D – Questionário aplicado aos sujeitos da pesquisa**QUESTIONÁRIO****Nome do trabalhador de enfermagem:****Há quanto tempo trabalha como Enfermeira/Técnico/auxiliar de enfermagem:****Local de trabalho / turno:****Há quanto tempo trabalha na UI:****Há quanto tempo trabalha no Hospital:****Em que outra unidade do Hospital já trabalhou:****Trabalhou em outros locais antes deste Hospital – quais e por quanto tempo:**
.....**Escolaridade:.....****Está estudando regularmente no momento – qual o curso:**
.....**Onde cursou o auxiliar de enfermagem - escola, cidade - e ano:**
.....**Tem o curso complementar de técnico de enfermagem - escola, cidade - e ano:****Tem realizado atualização profissional nos 2 últimos anos – cite exemplos:****Onde cursou Enfermagem - universidade, cidade - e ano:**
.....**Idade:****Estado civil:****Filhos:****Endereço:****Telefone para contato:**

ANEXO A – Parecer de Aprovação do comitê de ética em pesquisa**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

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

Projeto: 08-040 **Versão do Projeto:** 15/01/2008 **Versão do TCLE:** 15/01/2008

Pesquisadores:

DORA LUCIA LEIDENS CORREA DE OLIVEIRA
LIEGE MACHADO BRUM

Título: A PEDAGOGIA DA RODA COMO DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ENFERMAGEM HOSPITALAR: ESTUDO DE UMA EXPERIÊNCIA EDUCATIVA NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE

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

Porto Alegre, 19 de fevereiro de 2008.


Prof. Nadine Clusell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA