

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

DANIELA SANTAREM

**A ENFERMAGEM E O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
NO CONTEXTO HOSPITALAR**

PORTO ALEGRE

2016

DANIELA SANTAREM

**A ENFERMAGEM E O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo curso de Mestrado Profissional em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale dos Sinos - UNISINOS.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Rosangela Barbiani

PORTO ALEGRE

2016

S233e Santarem, Daniela
A enfermagem e o processo de educação permanente em
saúde no contexto hospitalar / por Daniela Santarem --. 2016.
74 f. ; 30cm.
Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) --
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, São Leopoldo, RS, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Rosangela Barbiani.

1. Enfermagem. 2. Educação permanente - Saúde. 3.
Educação continuada - Saúde. 4. Formação profissional -
Enfermeiro. 5. Hospital. I. Título. II. Barbiani, Rosangela
CDU 614.253.5

Catálogo na Publicação: Bibliotecária Eliete Mari Doncato Brasil - CRB 10/1184

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, por me oportunizar a crescer profissionalmente e pessoalmente, aperfeiçoando meus conhecimentos e práticas. Pelas vezes que pensei em desistir e ele me encorajou a seguir em frente.

Aos meus pais, Ione e Antonio, os quais me apoiam e incentivam a sempre crescer de forma positiva, buscando o melhor. Pelo amor ofertado e todo o carinho desprendido. Pela compreensão da ausência e fundamentalmente pelo apoio à busca dos meus sonhos e objetivos.

À minha irmã, Suelem, por todo o carinho e amor. Com suas palavras de incentivo, sempre deixando claro que eu sou sua referência, fazendo com que eu me fortaleça mais para fazer sempre o melhor.

Em especial, à minha mãe Ione, educadora, que me ensinou que a educação seria minha principal herança. Focada na ética, no respeito e no profissionalismo. Aos inúmeros estímulos à busca da qualificação.

À professora Rosangela Barbiani, pela sua compreensão, incentivo, sabedoria, paciência e acima de tudo o carinho. Por toda a dedicação ao longo desse trabalho, jamais esquecerei.

Aos colegas da Força Aérea Brasileira, principalmente aos colegas da Unidade de Terapia Intensiva, aos quais colaboraram para a conclusão deste trabalho.

Às minhas amigas Liese, Jeli, Patrícia, Aline, Miriane e Taís pela amizade, amor, carinho, incentivo e acima de tudo, compreensão pela ausência em inúmeros momentos. Pela alegria dos momentos compartilhados e encontros agendados.

A todas as pessoas que, de alguma forma ou outra, fizeram parte da realização deste sonho.

“Educação não transforma o mundo.

Educação muda pessoas.

Pessoas transformam o mundo”.

(Paulo Freire)

RESUMO

Esta dissertação apresenta o processo de pesquisa e de implantação da Educação Permanente em Saúde (EPS) junto à equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Militar no sul do Brasil. Objetivos: Desenvolver uma proposta institucional de Educação Permanente em Saúde junto à equipe de enfermagem da UTI do Hospital Militar de Canoas. Método: Realizou-se pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva à luz dos pressupostos da Educação Permanente em Saúde, e das contribuições teórico-metodológicas da pesquisa-ação. Foram realizadas 08 rodas de conversas com todos os trabalhadores da enfermagem da UTI. As técnicas de coleta das informações foram as “rodas de conversa”, mediadas pelos objetivos da pesquisa e seus respectivos temas geradores. Resultados: Por meio da análise temática dos núcleos de sentido produzidos, quatro subcategorias se fizeram presentes, de forma recorrente em todo o processo, mas diferindo de ordem de prevalência ou importância: assistência e seus fluxos de trabalho, espaço/recursos físicos, materiais e equipamentos; relações/condições de trabalho e “treinamento”. Na análise de seus sentidos e como síntese das primeiras rodas e temas geradores, cujo objeto de reflexão girou em torno dos nós críticos do *trabalho em si*, emergiu a categoria: *o trabalho vivo em ato: a produção do cuidado*. A segunda categoria emergiu da análise sobre a relação das quatro subcategorias com o foco das discussões subsequentes, nas últimas duas rodas, qual seja: o diálogo e o olhar projetivo de superação dos nós críticos identificados. Seu adensamento teórico resultou em nomeá-la como: EPS: dimensão constitutiva do trabalho vivo. Ambas entrelaçadas, guardam em comum a indissociabilidade entre atenção, gestão, ato educativo no trabalho da saúde e o processo participativo desencadeado pela pesquisa. Considerações Finais: Observou-se que no processo dialógico proporcionado pelas rodas, a concepção de educação no trabalho como processo verticalizado e tecnicado foi cedendo espaço à visão emergente da educação permanente em saúde, onde adquirem centralidade as trocas de experiências e saberes entre os profissionais da área da saúde e o modelo de cuidado usuário-centrado. A implementação de uma política de educação permanente em saúde no hospital representa um desafio de ruptura e quebra de paradigmas. Reconhecer a centralidade do trabalho e do trabalhador em um modelo de saúde usuário centrado requer incorporar o senso do coletivo, aproximando os profissionais, os pacientes, as áreas técnicas e de apoio em linhas de cuidado que articule produção de conhecimento, processos gerenciais e de assistência aos contextos e relações de trabalho.

Palavras-Chaves: Educação Permanente. Educação Continuada. Enfermagem. Prática Profissional. Hospital.

ABSTRACT

This master thesis presents the process of research and deployment of permanent education in health (PEH) by the nursing staff of Intensive Care Unit of a military Hospital in southern Brazil. Objectives: develop an institutional proposal for permanent health education with the nursing staff of the Intensive Care Unit of the Military Hospital in Canoas. Method: it was performed a qualitative, descriptive research in light of the assumptions of Permanent Health Education, and theoretical-methodological contributions of action research. Eight wheels of conversations were made with all workers in the ICU nursing. The information collection techniques were the "wheels of conversation", mediated by the research goals and their respective themes generators. Results: by means of thematic analysis of the nuclei of meaning produced, four subcategories were present, repeatedly throughout the process, but differing in order of prevalence or importance: assistance and their workflows, space/physical resources; materials and equipment; relationships/working conditions; and "training". In the analysis of its senses and how summary of first wheels and generators, whose reflection object turned around the critical nodes of the *work itself*, emerged the category *the work alive in act: the production of care*. The second category emerged from the analysis of the relationship of the four subcategories with the focus of the subsequent discussions in the last two wheels, which is: dialogue and looking for overcoming critical nodes projective identified. Its theoretical density resulted in name it as: EPS: a constitutive dimension of the work alive. Both interlaced, keep in common the insolvable association between attention, management, educative act at health work and the participative process initiate by the research. Final considerations: it was observed that the dialogic process provided by the wheels, the design of education at work as vertical and technological process was giving space to the emerging vision of permanent education in health, where purchasing centrality exchanges of experiences and knowledge among health workers and the user-centered care model. The implementation of a policy of permanent health education in the hospital represents a challenge of rupture and breaking paradigms. Recognizing the centrality of the work and the worker in a model of user-centered health requires incorporating the sense of collective, approaching the professionals, patients, the technical areas and lines of support care that articulate knowledge, managerial processes and assistance to contexts and working relationships.

Keywords: Permanent Education. Continuing Education. Nursing. Professional Practice. The

health team.

LISTA DE SIGLAS

CIES- Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço

COMAR- Comando da Aeronáutica

DCN- Diretrizes Curriculares Nacionais

EPS- Educação Permanente em Saúde

EC- Educação Continuada

FAB- Força Aérea Brasileira

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde

PEPS- Pólos de Educação Permanente em Saúde

PNEPS- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

SGTES- Secretaria de Gestão de Trabalho em Saúde

SAD- Serviço de Atendimento Domiciliar

SPA- Serviço de Pronto Atendimento

SRI- Sala de Pacientes Internados

SUS- Sistema Único de Saúde

UCC- Unidade de Centro Cirúrgico

UPI- Unidade de Pacientes Internados

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 QUESTÃO DE PESQUISA	15
3 OBJETIVOS DA PESQUISA	16
3.1 Objetivo Geral	16
3.2 Objetivos Específicos	16
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
4.1 A Construção de Conceitos e Modelos entre a Educação Continuada e a Educação Permanente em Saúde	17
4.2 A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS	20
4.3 Educação Permanente em Saúde: estratégia de gestão da educação em saúde	23
4.4 Desafios à Consolidação da Educação Permanente em Saúde	27
5 CAMINHO METODOLÓGICO	32
5.1 Tipo de Estudo	32
5.2 Contexto do Estudo	33
5.3 Participantes	34
5.4 Coleta das Informações	35
5.5 Análise dos dados	37
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	39
7 RESULTADOS DA PESQUISA	41
7.1 Descrição do processo da pesquisa em ação	41
7.1.1 Primeira fase: Problematizando a realidade: o trabalho em si.....	41
7.1.2 Segunda fase: Projetando as mudanças: construindo a proposta da EPS.....	43
7.2 Análise dos resultados	44
7.3 O trabalho vivo em ato: a produção do cuidado	44
7.3.1 Assistência e seus fluxos de trabalho.....	46
7.3.2 Espaço/recursos físicos, materiais e equipamentos	47
7.3.3 Relações e condições de trabalho	48
7.4 A educação permanente em saúde como dimensão constitutiva do trabalho vivo	51
8 PROPOSTA DA MATRIZ DE PLANEJAMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	58
8.1 Processo de implementação da educação permanente em saúde	59
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61

REFERÊNCIAS	65
ANEXO A- Organograma do Hospital Militar de Canoas.....	70
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	71
APÊNDICE B- Árvore das Percepções	72
APÊNDICE C- Desafio reflexivo.....	73
APÊNDICE D- Árvore do Conhecimento	74

1 INTRODUÇÃO

De maneira contínua, novos profissionais com diferentes formações iniciam suas atividades de trabalho no campo da saúde. Estes, juntamente com outros trabalhadores que se deparam com desafios já conhecidos no campo da saúde, carecem de uma formação integral, o que demanda a articulação das instituições formadoras e dos serviços, de modo a possibilitar a construção de processos educativos no trabalho.

O conhecimento e a implementação da Educação Permanente em Saúde (EPS) nos serviços de saúde são de extrema importância por permitir diagnosticar a situação da educação no cotidiano de trabalho dos profissionais, que buscam experiências de práticas educativas e suas potencialidades no contexto do mundo do trabalho. Evidencia-se que a educação no trabalho deve deixar de ser apenas proposta para passar a ser estratégia de atuação em busca da melhoria do processo como um todo.

A EPS desenvolve-se através de atividades educativas construídas de maneira articulada com os profissionais de saúde, objetivando a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social, envolvendo equipe de saúde, instituições e gestores. Procura instigar a produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito e das práticas de trabalho em saúde. A EPS busca romper paradigmas, numa perspectiva dialógica, assinalando a importância do potencial educativo do processo de trabalho para a sua transformação.

Envolver a educação na solução de problemas significa problematizar a gestão do cuidado, incorporando momentos mais crítico-reflexivos e com aplicações reais e práticas sobre o tema em questão. Processos pedagógicos utilizados na reorganização dos processos de trabalho a partir de experiências inovadoras produzem um sentido novo no cuidado, demonstrando aos trabalhadores a interligação de trabalho, ensino e aprendizagem no desempenho das atividades profissionais.

A proposta da EPS parte da formação e do desenvolvimento que deve ocorrer de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar, democratizando os locais de trabalho para desenvolver a capacidade de aprender e ensinar os sujeitos envolvidos, a fim de buscar soluções para os problemas diagnosticados. Assim, desenvolve-se o trabalho em equipe para a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e da humanização do atendimento. Por isso, é importante saberes diferentes e articulados para suprir as necessidades de saúde de cada pessoa e das coletividades. (BRASIL, 2005).

A EPS passa a ser uma política do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir 2005, quando o Ministério da Saúde (MS) aprova a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Esta propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização dos processos de trabalhos, ressaltando as demandas por mudanças e melhorias, nos seus problemas e desafios. Assume, assim, os desafios de implementação dessa nova perspectiva de tornar o trabalho o *locus* da aprendizagem significativa e, portanto, capaz de produzir resultados resolutivos. (ANTUNES CORTEZ, 2013).

Ainda segundo este autor, o conceito de EPS é definido na PNEPS como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho. Além disso, propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam com base na problematização da própria prática. A proposta pedagógica utilizada na capacitação permanente necessita considerar os trabalhadores como sujeitos de um processo de construção social de saberes e práticas, preparando-os para serem sujeitos dos seus próprios processos de formação ao longo de toda a sua vida. A formação precisará incidir sobre o processo de trabalho, sendo realizada, de preferência, no próprio trabalho, avaliada e monitorada pelos participantes.

Para desenvolver essa nova política, é necessário que haja planejamento e apoio político-administrativo. Um novo projeto de formação em serviço demanda da equipe atuante no projeto o desenvolvimento de habilidades para criar e expandir um trabalho participativo e dinâmico junto à equipe de trabalho, buscando articular a escuta, o compartilhamento de saberes, o poder instituído com novas possibilidades de coautores nos processos formativos. A equipe atuante no processo de implementação da EPS na instituição é considerada os facilitadores dos processos de formação em serviço.

À luz dessas referências conceituais e metodológicas da EPS e do objetivo de promover a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde para, assim, oferecerem uma assistência adequada para os seus usuários, a proposta desta pesquisa volta-se à formação dos trabalhadores de enfermagem no ambiente hospitalar, cujo trabalho é de vital importância para a melhoria da atenção oferecida pelos serviços de saúde. A relevância do estudo ser no âmbito hospitalar pode ser reconhecida por este absorver grande parte dos profissionais da saúde e por na maior parte das vezes desenvolver práticas fragmentadas. Destaca-se que neste cenário, ambiente hospitalar, há uma lacuna existente entre as diretrizes do modelo de atenção do SUS e as suas práticas cotidianas de trabalho desenvolvidas pelos profissionais.

Apesar de diversos hospitais apresentarem programas de capacitação em serviço

voltados aos trabalhadores de enfermagem para a assistência de qualidade, ainda se observa a ausência de uma efetiva articulação das ações de capacitação com os processos gerenciais e assistenciais. Torna-se, por conseguinte, necessária a identificação de mecanismos e instrumentos que articulem as atividades de capacitação no cotidiano do trabalho da enfermagem, procurando atingir atividades inseridas no processo de trabalho da equipe. (RICALDONI; SENA, 2006).

Segundo Oliveira et al., (2012) dentro dos serviços de saúde, a EPS na enfermagem ainda é um aspecto pouco explorado, principalmente no que se refere a sua implementação. Mesmo com os avanços, após a adoção da EPS como política nacional utilizada como estratégia no SUS, há uma reduzida transformação nos processos de trabalho.

Neste cenário, ao considerarmos a enfermagem e seu processo de trabalho, é necessário aproximá-la do conceito da EPS, que tem por objetivos capacitar e promover a qualidade de vida dos trabalhadores e oferecer uma assistência que atenda às reais necessidades da população. Isso torna essencial o desencadeamento de processos de capacitação dos trabalhadores de enfermagem, cujo trabalho é estratégico para a melhoria da atenção oferecida pelos serviços de saúde. (AMESTOY, 2008).

A EPS contribui de forma direta na prática profissional. Esses dispositivos servem para manter firmado o compromisso com as práticas de cuidado integral. A motivação para abordar o tema EPS em um Hospital Militar justifica-se pelo vínculo da pesquisadora com a instituição, onde exerce a função de chefia de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o que suscita inúmeras inquietações, advindas da realização das práticas de saúde nos diversos processos de trabalho no cotidiano do hospital.

Embora o hospital tenha suas especificidades, diferenciando-se da rede hospitalar vinculada ao SUS, ele também faz parte do Sistema, e a adesão às suas diretrizes contribui para a sua consolidação, à medida que estimula a qualificação dos processos de trabalho e dos cuidados prestados à população usuária. O referido hospital não possui uma política de educação permanente em saúde e reconhece sua necessidade de sistematizá-la conforme aprova a proposta de sua implementação, por meio da pesquisa ora apresentada.

Devido à ausência de uma política de Educação Permanente em Saúde e a necessidade desta visualizada por parte dos gestores de saúde no âmbito do Hospital Militar, ficou claro, após uma consulta à gestão, o apoio à proposta, no momento em que a instituição está focada para a melhoria na qualidade e na segurança dos seus pacientes. O Hospital Militar busca, atualmente, a acreditação hospitalar, que oferece ao paciente garantia de ser atendido por um hospital que atua na melhoria contínua da assistência prestada e que investe em tecnologia,

estrutura física e na capacitação de seus profissionais, entre outros benefícios, em todos os momentos de atendimento ao seu usuário.

Essas metas vão ao encontro dos resultados almejados pela EPS, pois envolvem a articulação das necessidades dos serviços de saúde e as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, fazendo com que a capacidade resolutiva de cada profissional e dos serviços gere mudanças sobre as políticas de saúde. A implementação de uma Política de Educação Permanente em Saúde com vistas à indução de transformações nas esferas da gestão, das práticas profissionais e da formação, na perspectiva da melhoria, representa um enorme desafio. (VINCENT, 2007).

Uma das razões é o fato de o trabalho dos profissionais de saúde desenvolver-se em processos complexos de equipes e sob normas institucionais verticalizadas. Há que considerar o fato de as formas de relação social e as práticas técnicas serem produtos históricos e funcionarem como matriz de aprendizagem nos locais de trabalho, o que constitui possibilidades de mudanças significativas na organização dos processos e fluxos das atividades.

Considerando esses desafios, a pesquisa visou à proposição e experimentação do processo de implantação da EPS, como política institucional de formação em serviço junto à equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Militar. A delimitação deste segmento se deu pela identidade profissional com o grupo, pela receptividade positiva da proposta por parte da gestão e equipe de enfermagem, facilitando o acesso da pesquisadora. Essa estratégia também irá contribuir para a disseminação de futuras experiências de implementação da EPS, uma vez que os profissionais de enfermagem participam de todas as equipes de trabalho do hospital, em várias unidades e níveis de gestão.

2 QUESTÃO DE PESQUISA

Como a Educação Permanente em Saúde pode contribuir para desenvolver práticas educativas que qualifiquem o trabalho da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Militar de Canoas?

3 OBJETIVOS DA PESQUISA

3.1 Objetivo Geral

Desenvolver uma proposta institucional de Educação Permanente em Saúde junto à equipe de enfermagem da UTI do Hospital Militar de Canoas.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Problematizar coletivamente saberes e práticas construídas no cotidiano do trabalho com vistas a qualificar a assistência à saúde;
- b) Desencadear a vivência de um processo participativo que articule produção de conhecimento, processos gerenciais e de assistência nos contextos e relações de trabalho;
- c) Disseminar a experiência da pesquisa e seus respectivos resultados com a equipe de enfermagem da UTI, com vistas à sua implantação como política institucional no Hospital Militar de Canoas.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 A Construção de Conceitos e Modelos entre a Educação Continuada e a Educação Permanente em Saúde

Com o objetivo de atualizar os profissionais de saúde para o exercício de suas funções com um melhor desempenho e melhores resultados, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1978, conceitua a Educação Continuada (EC) como “um processo permanente que se inicia após a formação básica e tem como intuito atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente à evolução técnico-científica e às necessidades sociais”. (MASSAROLI; SAUPE, 2008).

Massaroli e Saupe (2008) ainda citam que, em 1982, a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a EC como “um processo que inclui as experiências posteriores ao adestramento inicial, que ajudam o pessoal a aprender competências importantes para o seu trabalho”. Ela engloba atividades de ensino com finalidades de atualização e aquisição de novas informações.

A EC pode ser desde um estudo formal exigido, como, por exemplo, a obtenção de grau acadêmico, bem como a participação em seminários, congressos, estudos dirigidos, elaboração de artigos e trabalhos para publicação. É toda a experiência que aumenta a base de conhecimentos e habilidades. (CORREIA; SOUZA, 2011).

Essa concepção estava assentada na necessidade de organizar os processos educativos a fim de adequar os profissionais da saúde nos seus diversos serviços, visto que a formação baseava-se num modelo biomédico, hospitalocêntrico, centrado na doença. No Brasil, essa corrente está presente desde a III Conferência Nacional de Saúde (1963), com preocupação de evitar os desajustes técnicos dos profissionais nos seus locais de trabalho. A formação profissional desde essa época não estava orientada para soluções dos problemas de saúde. (FARAH, 2003).

Segundo este mesmo autor, esse método pouco contribui para mudanças nos serviços de saúde, pois não propicia a qualificação necessária e desejada para os profissionais. Ele cita que:

[...] processos educativos que, na verdade, não passam de meros treinamentos preocupados em aumentar a produtividade ou a adequação dos profissionais aos programas verticais, sejam eles nacionais, estaduais ou municipais, estão preocupados apenas com o aprimoramento das técnicas, desvinculadas da prática concreta dos trabalhadores de saúde. (FARAH, 2003, p.124).

Considerando esses argumentos, os esforços empreendidos pela OPAS voltados para a educação continuada sofreram críticas, gerando a necessidade de utilizar um novo conceito de educação. Relatos e discussões a respeito da educação dos trabalhadores fizeram-se presentes dentro da área da saúde quando a OMS e a OPAS iniciaram grupos de discussão para tratar as questões relacionadas à EC dos trabalhadores. (JESUS et al., 2011).

Percebendo o reduzido impacto sobre os programas de capacitação profissional e de atualização de conhecimentos para a solução de problemas nas práticas do trabalho, surge, em torno de 1980, o conceito de EPS, que possui um caráter relacional, propondo “a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”, indissociando a gestão do trabalho e do conhecimento. (VINCENT, 2007, p. 82).

Essa definição separa definitivamente, no âmbito da saúde, os significados dos termos *continuada* e *permanente*, determinando especificidades diferentes ao processo de ensino-aprendizagem. A EC engloba atividades de atualização, com duração definida e metodologia educativa tradicional. Já a EPS indica uma estratégia para reestruturar e desenvolver os serviços de saúde com transformação de conceitos e valores profissionais em busca de conhecimento. (FLORES, 2011).

Embora, às vezes, confundida com EC, por também ocorrer após o período de graduação, a EPS constitui uma estratégia metodologicamente diferente. Na área da saúde, há um grande número de ações de educação continuada de reconhecida legitimidade. No entanto, o impacto dessas iniciativas tem sido pequeno, além de terem um alto custo. (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

A EPS desenvolve estratégias para alcançar a relação entre o trabalho e a educação, considerando o trabalhador da saúde sujeito do processo ensino-aprendizagem. Os problemas surgem a partir dos olhares dos profissionais envolvidos, que diagnosticam, dentro dos seus processos de trabalho, a necessidade de melhoria e, com isso, alimentam a construção do conhecimento, buscando a reconstrução dos seus processos. Para renovar as práticas, os profissionais organizam o trabalho, transformando-o permanentemente em direção à qualidade da saúde, compreendendo o processo de mudança. (VINCENT, 2007).

Para Paschoal, Mantovani e Méier (2007), a EPS requer do sujeito envolvido novas formas de encarar o conhecimento, sendo que os processos de trabalho ensejam a relação “saber fazer”, interagindo e intervindo com autonomia e capacidade de aprender constantemente, inter-relacionando prática e teoria, conhecimento e ação.

Caracterizam a EPS:

[...] com a valorização do trabalho como fonte do conhecimento; a busca de articulação dos processos educativos de trabalhadores com o cotidiano dos processos de trabalho, bem como a busca de articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social; o reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores e dimensões; a orientação das ações educativas de trabalhadores para a integração do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; a utilização de estratégias de ensino contextualizadas e participativas e a busca da transformação das práticas de saúde e de enfermagem, dado o reconhecimento dos limites das abordagens vigentes no atendimento integral às necessidades de saúde dos usuários e população. (MONTANHA; PEDUZZI, 2010, p. 599).

A EPS passa a ser a aprendizagem no trabalho, interliga o aprender e o ensinar no dia a dia das organizações de saúde dentro dos seus processos de trabalho, considera os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem, leva em conta um ensino questionador e uma aprendizagem significativa. (MONTANHA; PEDUZZI, 2010). Para Ceccim (2005a), a EPS corresponde a uma educação em serviço, que coloca em evidência os conteúdos, os instrumentos e os recursos para a formação técnica, com mudanças institucionais e ações prestadas neste local. Portanto, para ela manter-se ativa, é preciso produzir subjetividade, desbravar fronteiras do comportamento e da gestão dos processos de trabalho e sermos sujeitos ativos nas cenas de formação e trabalho. Os eventos e as modificações produzem diferença em nós e afetam-nos, colocando-nos em permanente produção.

Estimular o desenvolvimento dos profissionais com base no enfrentamento dos problemas que provêm do cotidiano do trabalho dos serviços de saúde, abordando a responsabilidade e a necessidade de atualização, é a proposta central da EPS, em que o espaço de trabalho se constitui no local de aprendizado. As mudanças das estratégias são construídas na prática das equipes de trabalho.

Portanto, a EPS está relacionada com o protagonismo dos trabalhadores os quais devem assumir novas referências nos seus processos de trabalho, sustentando uma metodologia crítica e reflexiva, implicando, dessa forma, reconhecimento das práticas rotineiras. O desafio é gerenciar experiências de aprendizagem que interessem às pessoas envolvidas e possibilite elos no processo de compreensão e construção dos conhecimentos, que promovam modos de pensar criativos e favoreçam, com isso, o desenvolvimento pessoal e social e não apenas o científico.

A EPS vem como uma estratégia para enfrentar o aumento da demanda e a pressão da população ao acesso e a qualidade à saúde, já que a EC foi vista como uma educação parcelada, fora das necessidades de saúde, como um programa verticalizado, que atende determinadas profissões e separa a teoria da prática. (BRASIL, 2006a). A proposta é discutida

a fim de alcançar o desenvolvimento da relação trabalho e educação. Tem como eixo norteador uma aprendizagem de trabalho realizada no cotidiano dos serviços. É um processo permanente e participativo. (BRUM, 2009).

A EPS vincula o aprendizado aos sujeitos envolvidos, ou seja, tanto usuário/população quanto a equipe de saúde. Os processos de capacitações são estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho. Dessa forma, a EPS é compreendida como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

4.2 A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS

Para o enfrentamento desses desafios, foi criada a Secretaria de Gestão de Trabalho em Saúde (SGTES) do MS em 2003, cujo conceito de EPS passou a pautar as diretrizes e políticas dessa área no Brasil. Inaugurado na instância federal, este espaço destina-se à formulação de políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde.

A SGTES discutiu diretrizes para uma formulação de políticas de formação e EPS dos trabalhadores da área da saúde. Já no ano de 2004, através da Portaria GM/MS n.º 198, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), proposta que visa contribuir na transformação das práticas de saúde, na reorganização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação dos trabalhadores da saúde. (GARANHANI et al., 2009).

Com a EPS, passou a existir a possibilidade de melhorar a formação e, conseqüentemente, fortalecer o SUS. Ao mesmo tempo, investir no desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na saúde, bem como no desenvolvimento das instituições e reforçar a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social.

O primeiro passo para provocar mudanças nos processos de formação é entender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente nem de cima para baixo, ou seja, serem decididas pelos níveis centrais, sem levar em conta as realidades locais. Elas devem fazer parte de uma grande estratégia, estar articuladas entre si e ser criadas a partir da problematização das realidades locais, envolvendo os diversos segmentos.

Segundo BRASIL (2006a), EPS é mediada por:

[...] processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas.

A PNEPS reestruturou uma proposta de EPS como figura integrativa da gestão, adotando novas estratégias para a implementação da PNEPS, esta conduzida em âmbito regional com o objetivo de inovar os processos e instrumentos de gestão. A Portaria GM/MS n.º 198 (BRASIL, 2004a) demonstra a expectativa em torno desta política:

A grande expectativa é a instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção do conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas); assim como a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais; o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com o sistema de saúde; a produção e disseminação de conhecimento por relevância e compromisso.

A PNEPS surgiu de uma conquista legitimada nas reuniões municipais e estaduais do Conselho Nacional de Saúde, que contou com a coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e com contribuições das oficinas regionais. A Política Nacional reúne o conjunto de contribuições, estudos, reflexões, debates, divergências e convergências sobre a capacitação de conselheiros e amplia sua importância, elevando sua categoria de Programa de Capacitação para uma Política Nacional Estratégica para o SUS. (BRASIL, 2006a).

Essa política possui a intenção de promover mudanças na formação e desenvolvimento de profissionais da saúde, articulando esferas de gestão, serviços de saúde, instituições de ensino e órgãos de controle social. Identifica-se por uma proposta de ação estratégica que intercambia práticas ao cotidiano de forma metodológica, reflexiva e científica. Sendo assim, a EPS em serviço sugere que o conteúdo a ser estudado deve ser gerado com base em dúvidas e necessidades de conhecimentos oriundas de situações vivenciadas pelos profissionais. (GARANHANI et al., 2009).

Em outras palavras, é preciso uma formação adequada com abordagem técnico-operacional para enfrentar situações problematizadoras no cotidiano de trabalho em saúde, sendo a aprendizagem um elo entre o “modo de fazer”, o qual já está inserido no trabalhador, e o que deve ser buscado, para, assim, produzir novas práticas dentro do âmbito profissional. (CECCIM, 2005a). Isso pressupõe considerar as especificidades regionais e suas

desigualdades, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a sua capacidade de ofertar ações em educação na saúde.

Nesse sentido, as estratégias de implementação de uma Política de Educação Permanente em Saúde devem contar com elaborações de planos e ações, bem como uma proposta orçamentária que subsidie a execução dos mesmos. Esses planos e metas devem ter como foco em suas considerações a diversidade da população, levantando os aspectos de sua cultura, o conhecimento popular e suas experiências, a rotatividade dos conselheiros de saúde, a seleção e a preparação de materiais acessíveis e a identificação dos multiplicadores. (BRASIL, 2006a).

No âmbito da gestão, a implantação da PNEPS foi conduzida pelos Colegiados de Gestão Regional com participações de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, as CIES. Estas participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS. (BRASIL, 2009). O foco da participação estende-se aos objetivos de ampliar e qualificar a participação social na formulação, gestão e controle social da Política Pública de Saúde; fortalecer os conselheiros de saúde que participam da formulação e deliberação da política de saúde e desenvolver estratégias para promover a troca de experiências sobre o controle social no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006a).

A operacionalização da EPS ocorreu inicialmente por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), que promoviam mudanças em práticas de saúde e de educação nesta. Através de rodas de debates, investiu-se na construção de uma nova visão crítico-reflexiva das instituições, instituindo-se a denominação de Rodas para EPS. Esses polos funcionam como intermediários mediante o diálogo e a negociação dos gestores, serviços e instituições de ensino e baseiam-se em diretrizes constitucionais da integralidade da atenção à saúde, pelo acolhimento, vínculo entre usuários e equipes, resolutividade, autonomia e atenção à saúde. (BRASIL, 2004b).

Os PEPS têm como objetivo formar rodas para a gestão da EPS, nas quais as pessoas dialogam de forma livre, e juntas interagem, identificam as necessidades e constroem estratégias no campo da formação em saúde, a fim de buscar a qualidade na gestão e o aperfeiçoamento à atenção integral à saúde. Os polos mostram-se responsáveis por mudanças nas práticas de saúde e nas ações de educação em saúde, buscando o debate e a construção de forma coletiva de novos processos de trabalho.

Os Polos reúnem gestores estaduais e municipais de saúde, instituições de ensino com cursos na área da saúde, hospitais de ensino, organizações estudantis da área da saúde, trabalhadores, conselhos municipais e estaduais de saúde, movimentos sociais ligados à

gestão social das políticas públicas de saúde e todos aqueles que estejam envolvidos com as questões de saúde do país. (BRASIL, 2005).

Com isso, partindo do pressuposto de uma construção de novos significados e paradigmas, os PEPS, a partir de uma problematização no trabalho e uma concepção pedagógica, propunham a transformação das práticas de saúde, tornando a reflexão crítica do aprender e ensinar inserida no cotidiano do trabalho em saúde. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Produzir mudanças nas práticas de gestão e atenção é fundamental para a construção de um novo cotidiano, aproximando os serviços de saúde com conceitos relevantes para o SUS.

4.3 Educação Permanente em Saúde: estratégia de gestão da educação em saúde

A educação na área da saúde passa por inúmeras modificações e mudanças nas suas concepções, e suas evoluções ocorrem em todas as ciências e sofrem influências de acordo com o momento sócio-econômico-político de cada contexto histórico. (MASSAROLI; SAUPE, 2008).

O sistema de saúde brasileiro sofreu mudanças em suas estruturas políticas e sociais a partir do Movimento de Reforma Sanitária, emergido na década de 1980, que agrupou profissionais da saúde, universitários, sindicalistas, usuários, bem como alguns parlamentares. Foi reconhecida a necessidade da criação de um sistema único que desenvolvesse ações no âmbito da saúde, garantindo acesso integral, universal e gratuito para a população, como um direito de cidadania. Em período de redemocratização, intelectuais, entidades de profissionais de saúde, estudantes e demais entidades da sociedade civil, formularam o SUS. (PEREIRA; LIMA, 2006).

De Carvalho (2009) cita que a Reforma Sanitária e seus movimentos impulsionaram a criação e o surgimento do SUS, que foi proposto em 1986 e formalizado pela Constituição de 1988. O SUS afirma a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde. Aponta-se para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade. A expressão “SUS” reporta-se aos conceitos jurídico-institucionais e administrativos compatíveis com a universalização, garantia do acesso aos cuidados e atenção à saúde. Nessa nova concepção, a educação em saúde passou a ser vista como estratégia para reorientação de práticas de saúde.

No Brasil, a concepção de EPS veio ao encontro dos ideais do Movimento Sanitário Brasileiro e da Reforma Sanitária Brasileira, à medida que se construiu um novo conceito de

saúde que previa qualidade de vida e de trabalho, além de um modelo preventivo-curativo. A busca por uma saúde como um direito de todos, a integralidade na saúde e o fortalecimento da sociedade na luta por um sistema único são as marcas identitárias do SUS.

A partir da compreensão de um conceito ampliado de saúde, surge a noção de integralidade da atenção, com a busca de novas estratégias a fim de atingir as necessidades dos usuários e trabalhadores de saúde, observando a forma de cuidar, o conhecimento e a relação de trabalho em equipe. Para a efetivação desse conceito, foi preciso redefinir novas ações no campo de educação em saúde, fortalecendo a relação educação-trabalho. (BRUM, 2009). Observou-se que os profissionais de saúde necessitavam de uma formação contínua e permanente que contemplasse necessidades dentro de um processo integral e participativo visando às estratégias do sistema de saúde.

Nesse contexto, surge a prioridade para o SUS de mudança e transformação nas práticas de saúde, de formação e educação tanto dos trabalhadores como dos gestores, o que supõe e exige modificações na formação e desenvolvimento dos profissionais da área. (CECCIM; FERLA, 2008).

Conforme abordado anteriormente, a EPS é vista como uma estratégia para a mudança no sistema de saúde, não se restringindo apenas à formação profissional. Ela passa a dar uma nova visão ao tema trabalho e educação na saúde e modifica a concepção no que se refere à formação e desenvolvimento dos trabalhadores nos processos de trabalho, tema central dos processos educativos. (BRASIL 2006b). A EPS parte do pressuposto de uma aprendizagem que aproxima o mundo do trabalho ao mundo da educação, sendo o ambiente de aprendizagem construído nos próprios serviços de saúde. Essa aproximação com o aprendizado ocorre refletindo-se sobre as práticas cotidianas. (LOPES et al., 2007).

Nessa direção, a EPS reorganiza os serviços e seus processos formativos e transforma as práticas educativas em saúde, bem como seus processos de trabalho. (BRASIL, 2005). Com vistas à política e à estratégia para mudanças das práticas de saúde, a EPS deve contar com a participação de gestores, formadores, trabalhadores da saúde e pessoas envolvidas em movimentos sociais e no controle social. (ANDRADE; MEIRELLES; LANZONI, 2011).

A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos de transformação das práticas. As transformações ocorrem no campo da democratização institucional, no desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, no desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de trabalho, trabalho em equipes, melhora permanente da qualidade do cuidado à saúde e constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas. (PROGIANTI; COSTA, 2012).

As práticas educativas desenvolvidas no campo da saúde têm sido nomeadas de formas diversas. Estão relacionadas à história da Educação e Saúde e a forma como têm sido apropriadas. A centralidade da ação em sua prática educativa pressupõe a explicitação de um referencial teórico e filosófico e a compreensão da experiência de cuidado no contexto sociopolítico, econômico e cultural em que ocorre. Portanto, prática que potencializa a expressão do trabalhador envolvido. (RENOVATO, 2009).

Progianti e Costa (2012) referem sobre a existência de dois modelos no campo da educação em saúde. Primeiro, o *modelo tradicional*, que focaliza a doença e a intervenção curativa, fundamentado em referencial biologicista do processo saúde-doença. Segundo, o *modelo dialógico*, por ser o diálogo o seu instrumento essencial, visando ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, não havendo mais imposições por um saber técnico-científico, mas por práticas educativas calçadas na comunicação.

A EPS, em sua proposta pedagógica, contextualiza a aprendizagem fundamentada no segundo modelo e incentiva a reflexão crítica e coletiva dos profissionais, a qual contribui para a construção de novos saberes. A aprendizagem é reconhecida como um processo social, que acontece no cotidiano do trabalho, contendo grande potencial para organizar os processos de capacitação de profissionais de saúde. (FLORES, 2011).

Ceccim (2005a) refere-se às práticas educativas como um papel crítico e incisivo, buscando a possibilidade de conectar os serviços e os profissionais de forma que os conhecimentos veiculem-se com os saberes formais e saberes operadores, ou seja, os especialistas com os profissionais em atuação, buscando em conjunto a mudança da realidade desejada pelas práticas educativas.

Com isso, é preciso programar espaços de discussões para análise e reflexão da prática de trabalho, a fim de orientar essas práticas e ativar os processos de mudança, bem como facilitar a organização do coletivo para uma melhor qualidade na produção do trabalho. É importante fazer do cotidiano um lugar aberto a revisões que gere conforto e desconforto, produza subjetividades e torne as relações um lugar de problematização. (CECCIM, 2005b).

As ações educativas apresentam a dimensão do educar consolidado no trabalho e na atuação dos profissionais de saúde, mostrando-se como mediadoras do processo ensino-aprendizagem, tornando um processo fundamental para a promoção de saúde. As práticas se tornam um trabalho complexo, que combina o cuidado, a gerência e a educação em saúde. (RIGON, 2011).

As práticas educativas são decorrentes da transformação ou reconstrução dos saberes, repassados a um grupo que contribui com suas experiências e vivências. O objetivo de toda prática educativa é conscientizar o sujeito envolvido no processo que ele deve atingir um posicionamento crítico da sua realidade, aprofundando a sua realidade vivida, pois este processo de conscientização é determinado pela tríade ação-reflexão-ação. (DE CARVALHO, 2009).

Renovato (2009) entende que as práticas educativas em saúde circulam nos mais diversos espaços, atingem o cotidiano dos profissionais de saúde e podem envolver trabalhos junto a famílias, grupos, usuários e trabalhadores da área. No período atual, as práticas educativas excedem os espaços formais de escolas e serviços de saúde, devido à intencionalidade educativa, por meio de artefatos pedagógicos culturais, tais como filmes, jornais, livros, revistas, onde há cultura que se organiza e se exercita. As campanhas educativas de saúde utilizam-se desses artefatos para a formação de sujeitos responsáveis e ativos. (RENOVATO; BAGNATO, 2010).

As práticas educativas em saúde evidenciam mais ações que compreendem as relações entre os sujeitos sociais de diferentes espaços, portando com eles diferentes saberes e práticas dialógicas e estratégicas mediadas pela ação instrumental. No contexto da EPS, a ação educativa transforma as práticas com base numa aprendizagem significativa, considerando-as como conhecimentos, valores agregados, relações e organização de trabalho.

Do ponto de vista prático, parte-se de um reconhecimento crítico acerca das necessidades de saúde de uma determinada população, diagnosticando situações que devem ser modificadas nos ambientes de trabalho, as quais passam a ser objeto trabalhado na educação dos profissionais de saúde. Dessa forma, é possível levantar os problemas presentes no cotidiano de trabalho e buscar formas de solucioná-los, demonstrando a preocupação do serviço de saúde com a qualidade da assistência e a satisfação da população assistida. (DA SILVEIRA NEVES DE OLIVEIRA et al., 2011). A observação desses problemas determina as necessidades a respeito da capacitação da equipe, dos conteúdos dos cursos e das tecnologias a serem utilizadas.

Uma das metodologias mais utilizadas para a implementação da EPS é denominada *Pedagogia da Roda*. A roda apresenta-se numa perspectiva de criar possibilidades por meio de discussões e trocas que interligam as aprendizagens com competências profissionais, o que permite uma nova concepção de atenção à saúde. (BRUM, 2009).

Embasada na proposta de educação de Paulo Freire, esta metodologia considera que o processo de educação surge da realidade que cerca o educando, uma educação em que todos

ensinam e todos aprendem. O tema é sugerido pelo grupo e, juntamente com o educador, são criadas novas propostas de temas, acrescentada uma percepção mais crítica do tema proposto e construídas novas hipóteses. As rodas também buscam interconectar as relações no trabalho. A roda reúne diferentes interesses e pontos de vista da prática diária na área da saúde e da educação e, assim, aumenta a capacidade de realizar a formação e o desenvolvimento das equipes de saúde. (BRASIL, 2005). Dessa forma, as Rodas de Educação Permanente em Saúde articulam os processos de organização da atenção à saúde, a qualificação das práticas e a produção de aprendizagens. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Elas são organizadas de diferentes maneiras, de acordo com as características de cada local e participantes.

4.4 Desafios à Consolidação da Educação Permanente em Saúde

Andrade, Meirelles e Lanzoni (2011) mencionam que a formulação da PNEPS representou um esforço de cumprir uma das metas da saúde coletiva no Brasil, ou seja, tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no trabalho e na prática profissional. Desse ponto de vista, a PNEPS impactou positivamente sobre a produção de saúde individual e coletiva da população, identificando as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e construindo estratégias e processos com intuito de qualificar a atenção e a gestão em saúde.

Seu ponto estratégico é dar destaque à aprendizagem, tendo como elemento principal as experiências vivenciadas na formação inicial e continuada, promovendo transformação das práticas por meio da reflexão dos profissionais de saúde dentro da sua rede de serviço. Em vista disso, a EPS é considerada uma estratégia para gestão do trabalho e de educação na saúde, porque serve de guia para o encontro entre o mundo da formação e o trabalho e incentiva a autonomia do trabalhador. Para isso, é preciso fortalecer o conhecimento técnico-científico e as concepções pedagógicas, reforçando a compreensão entre os diferentes sujeitos envolvidos no processo de educar, suas diferentes visões de trabalho e experiências vivenciadas. (BAGNATO et al., 2009).

Entretanto, apesar de seus princípios serem pertinentes e legítimos, há inúmeros entraves à sua consolidação, nos diferentes espaços institucionais de saúde, sobretudo naqueles que não se vinculam diretamente às estruturas de atendimento do SUS. A brevidade do saber e as inúmeras transformações no mundo do trabalho representam um desafio a ser enfrentado. Processos de trabalho mediados pelos interesses privados, assim como a precarização das relações e condições de trabalho, são obstáculos reais a ser enfrentados.

As relações de trabalho em um mercado competitivo e baseado em valores de troca contribuem para o estabelecimento de um clima organizacional de desmotivação generalizada. Muitos trabalhadores, apesar de gostarem da sua profissão, cumprirem satisfatoriamente suas tarefas, seus horários e reconhecerem que seu salário, comparado com a média do mercado, é bom, têm a sensação de que “está faltando algo” no seu local de trabalho, como se o seu “fazer” fosse pouco, dentro do todo que é a instituição e ante as mudanças que acontecem nos serviços de saúde, sem que aos mesmos fosse oportunizada a participação, o que gera insatisfação, desmotivação. Por esses aspectos intersubjetivos das relações de trabalho, observa-se que nem sempre o aperfeiçoamento, as especializações ou um maior conhecimento técnico-científico estão associados ao comprometimento com o serviço, com a responsabilidade profissional, a uma melhor relação de trabalho entre os profissionais e com o aproveitamento deste conhecimento dentro da instituição.

Outro fator importante é a força do saber tradicional e dos condicionamentos que ele traz na fixação de comportamentos e valores. A EPS é dificultada pelo fato de se trabalhar com o conhecimento do passado, com aquilo que foi legitimado pela ciência tradicional, com a noção de EC, e não com os desafios do presente ou com aquele conhecimento que vem dos dados da realidade atual, os quais nos podem conduzir ao futuro. O que existe é um reduzido estímulo para se pensar criticamente na realidade, a fim de produzir respostas novas para as questões trazidas cotidianamente, desconsiderando-se frequentemente todo o aprendizado advindo da própria experiência das situações vividas nos serviços. (MEDEIROS et al., 2010).

No campo da formação em nível de graduação, Flores (2011) aponta alguns entraves à formação profissional sintonizada com os princípios do SUS. Mesmo com alterações curriculares nos cursos formadores de profissionais da saúde, por meio da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), o modelo biomédico centrado na cura-doença mantém grande influência. Há, portanto, um número considerável de profissionais sendo formados pelo antigo paradigma, em que a saúde era compreendida como ausência de doença e as intervenções de saúde focavam-se na restauração do processo de adoecimento. Com isso, há a necessidade de transformação em suas concepções, visões e conceitos carecia para uma renovação nas práticas.

Além da predominância desse modelo, Tronchin et al. (2009) afirmam que predominam nos ambientes hospitalares atividades educativas orientadas à execução de técnicas, utilizando-se estratégias de ensino tradicionais. Com isso, os profissionais se apresentam em uma prática individual e fragmentada, distante das concepções da EPS.

Cotrim-Guimarães (2009) aponta que os profissionais realizam, muitas vezes, cursos de atualização, treinamentos e capacitações com o objetivo de transformar sua prática, pois acreditam que o domínio do conhecimento científico é um dos fatores primordiais para atingir a qualidade dos serviços, predominando o valor do atributo conhecimento ao invés das condições concretas do processo de trabalho. Nessa direção, Ceccim (2007) alerta que um dos entraves à concretização das metas de saúde seja o fato de os trabalhadores serem considerados mais um dos recursos a serem administrados, as quais cumprem os objetivos da instituição, bastando apenas atualizá-los. Acontece que muitos problemas estão relacionados com as condições de trabalho, estrutura e insumos disponibilizados, com o processo de trabalho ou outros fatores que não correspondem, necessariamente, à falta de conhecimento.

Nessa perspectiva, as capacitações não têm se mostrado eficazes dentro das instituições para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas em saúde, pois, às vezes, trabalham de forma descontextualizada, focadas na transmissão de conhecimentos. Essa é a realidade encontrada habitualmente dentro do ambiente hospitalar, uma vez que se trabalha com um processo estruturado, especializado, produzindo no seu trabalhador um perfil não questionador, voltado à execução de procedimentos. Diante das críticas que esse modelo recebeu pelos limites que apresenta, espera-se que as instituições, inclusive as hospitalares, que são importantes cenários de prática e formação profissional, adotem políticas que venham ao encontro da qualificação cotidiana de seus profissionais.

A EPS se configura num processo complexo, que envolve tantas estratégias quanto forem necessárias para o desenvolvimento das ações educativas. Portanto, é inadequado pensar que estas mudanças ocorrerão no âmbito individual e de uma hora para outra e que serão regularmente positivas, como também é um erro pensar que somente em instituições democráticas e participativas existem condições para uma mudança como a que se propõe. Ao contrário, pode-se dizer que o caminho para construir essas novas instituições passa pelas estações de mudança no trabalho e das possibilidades de EPS no serviço. (QUINTANA; ROSCHKE; RIBEIRO, 1994).

Essas exigências solicitam mudanças de diversos alcances. O projeto de EPS deve ser institucional, para que, assim, a qualidade do trabalho ser atingida. As mudanças devem ocorrer na cultura institucional e no modelo de gestão, sendo necessário um projeto grupal das equipes de saúde. A análise do trabalho deve ser estratégica. É preciso que se avalie a situação institucional, a definição dos problemas, a missão, a construção dos objetivos para a melhoria da qualidade do trabalho. (QUINTANA; ROSCHKE; RIBEIRO, 1994).

Para desenvolver a EPS, exige-se, ainda, a adoção de metodologias ativas de

aprendizagem, articulando-se teoria e prática, a problematização da realidade em conjunto com a participação ativa dos profissionais, pois assim se cria um processo de aprendizagem de suma importância para a equipe. A EPS propõe troca entre os coletivos, com intercâmbio de conhecimentos e experiências a partir da interrogação sobre os saberes e práticas do cotidiano. Dentre os métodos utilizados nas instituições hospitalares, encontram-se diversos modelos instituídos.

Ceccim e Ferla (2008) mencionam alguns itens que contribuem para que a EPS seja um processo mais coletivo das realidades. Abordam que as realidades e informações devam ser produzidas por nós mesmos com nossa sensibilidade, percepção e operação com os dados de que dispomos ou vamos buscar. Além disso, que os espaços para debate, discussão e problematização das realidades cotidianas devam ser organizados com redes de intercâmbio para o compartilhamento de informações para que, assim, sejam produzidas informações de valor local que considerem as exigências do trabalho e a interação das ações de saúde.

Várias são as estratégias e orientações para a implementação de processos de EPS. A mudança do foco de trabalhadores vistos na condição de recursos para protagonistas do processo deve ser o foco inicial para a transformação no processo educativo. É necessário criar espaços de discussão, reflexão e problematização da prática cotidiana e dos referenciais que orientam essa prática. É preciso desenvolver recursos tecnológicos de operação do trabalho que estimulem o aprender, o trabalho em equipe e a atividades de tornar o cotidiano objeto de problematização e aprendizagem. (CECCIM, 2005a).

Rovere (1993) acredita que para um trabalho de EPS ser eficaz é preciso redefinir as tarefas dos trabalhadores com base nos questionamentos que fazem a si mesmos. Permeando todo o processo de EPS, devem aparecer as atitudes e as metodologias problematizadoras, com uma análise estratégica da situação, do estilo e da capacidade de gestão do serviço.

Ao identificar os problemas, uma ação-reflexão é posta e, assim, são criadas estratégias para desenvolver competências específicas da equipe com o intuito de ampliar conhecimento e buscar soluções, colocando-as em prática. Algumas formas encontradas para a problematização das práticas estão no desenvolvimento de estudos de caso, trabalho de campo, seminário de estudos, grupos de discussão, treinamentos focalizados, oficinas de trabalho, grupos operativos e avaliação dos processos e resultados. (DAVINI, 2009).

Por fim, o cuidado com o processo também deve ser permanente, pois a melhoria da qualidade do trabalho sobre a base da EPS não termina com a aplicação de estratégias corretivas. A razão é a mesma que gerou as dificuldades: trata-se de processos sociais complexos, que tendem a reverter novamente a níveis prévios de desempenho, mesmo quando

se têm introduzido mudanças efetivas, a menos que se tomem medidas para incrementar o nível da melhoria alcançada e que se possa acompanhar e registrar as mudanças produzidas. (MONTANHA; PEDUZZI, 2010). Consideramos relevante o enunciado desses desafios, pois eles nortearam a proposição metodológica do projeto, assim como podem vir a se configurar como limites e/ou dificuldades a serem enfrentadas na implementação do projeto de pesquisa, ora proposto.

5 CAMINHO METODOLÓGICO

Nesta seção serão descritos os aspectos referentes à metodologia, que engloba o tipo de estudo, contexto do estudo, participantes e o processo “em ato”, desenvolvido durante a pesquisa.

5.1 Tipo de Estudo

Com o intuito de problematizar os processos de trabalho da equipe de enfermagem da UTI nos moldes da EPS, optou-se por desenvolver uma pesquisa numa abordagem qualitativa, descritiva, inspirada nos pressupostos da pesquisa-ação.

Segundo Minayo (2008), a abordagem qualitativa se adapta melhor em investigações de grupos, delimitados e focalizados. A abordagem qualitativa comina na construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Esse método se caracteriza por proporcionar compreensão em profundidade do contexto do problema. Método indutivo que procura entender por que o indivíduo age, pensa ou sente.

Essa metodologia permite desvendar processos referentes a grupos particulares pouco conhecidos, estimulando na construção de novos conceitos durante a investigação. A abordagem qualitativa também se caracteriza pelo estudo detalhado de um determinado fato, objeto, grupo de pessoas e fenômenos da realidade. (OLIVEIRA, 2007). Aprofunda a busca do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, motivando uma relação íntima entre o pesquisador e o que é estudado, e entre as limitações situacionais que influenciam a investigação. (DENZIN; LINCOLN, 2006).

A contribuição dos princípios da pesquisa-ação vem ao encontro da perspectiva qualitativa, uma vez que é realizada em um espaço de interlocução onde os sujeitos da pesquisa participam na resolução dos problemas através de conhecimentos diferenciados com propostas de soluções e com o intuito de aprender com a ação. Nesse espaço, o pesquisador exerce um papel articulador e facilitador em contato com os pesquisados. (THIOLLENT, 2006).

Segundo este mesmo autor, a pesquisa-ação não se limita apenas a resolver problemas, mas também em evoluir em conhecimentos fundamentais, gerando um aprendizado. Conhecimentos são produzidos e observados na experimentação, formando, assim, competências individuais e coletivas.

A metodologia da pesquisa-ação também revela importantes aproximações com os supostos e dispositivos da educação permanente, porque favorece a autonomia do grupo envolvido na pesquisa e tem como base um processo de autoformação em diferentes categoriais profissionais, principalmente no contexto da área da saúde. (TRIPP, 2005).

No plano operacional, parte-se da identificação do problema ou problemática comum, em que o pesquisador auxilia o grupo a problematizá-lo, situá-lo em um contexto teórico mais amplo e, assim, possibilitar a ampliação da consciência dos envolvidos, com vistas a planejar as formas de transformação das ações dos sujeitos e das práticas institucionais. (PINHEIRO; KAKEHASHI; ANGELO 2005).

Assim sendo, os pressupostos da Educação Permanente em Saúde, da pesquisa de abordagem qualitativa e as contribuições teórico-metodológicas da pesquisa-ação se alinham e se complementam, configurando caminho metodológico adequado aos objetivos de pesquisa e ao contexto de estudo.

5.2 Contexto do Estudo

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital Militar de Canoas. O referido é um hospital da Força Aérea Brasileira (FAB) e atende pacientes militares da ativa, da reserva, reformados, civis que atuam na instituição sob forma de contrato e/ou estatutários e os dependentes e beneficiários dos militares.

A escolha desse hospital se justifica porque essa instituição busca uma proposta de educação para os seus colaboradores da enfermagem nos pressupostos da EPS. Com isso, existe a necessidade de iniciar um movimento de mudança nas práticas educativas que, até o momento, são realizadas com o objetivo de capacitação técnico-científica e de atualização de conhecimentos. Também, escolheu-se esse local por ser nesta instituição de saúde que a pesquisadora integra a equipe de enfermeiros assistenciais.

Fundado em 30 de outubro de 1950, o hospital presta assistência ao Sul do país, abrangendo os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, os quais compõem o V Comando da Aeronáutica (V COMAR). Dispõe de inúmeros profissionais nas mais diversas especialidades, tais como médicos, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos em radiologia, nutricionistas, terapeuta ocupacional, entre outros.

O hospital atualmente conta com o apoio de 372 militares e cinco profissionais civis, atuantes nas divisões, subdivisões e seções das áreas. Esses contingentes atuam direta e

indiretamente na assistência ao paciente em setores como Unidade de Pacientes Internados (UPI), UTI, Unidade de Centro Cirúrgico (UCC), Serviço de Pronto Atendimento (SPA), Serviço Ambulatorial, Serviço de Junta de Saúde, Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), dentre outros setores, como Central de Materiais Esterilizados, Setor de Controle Interno Hospitalar e Sala de Recuperação De Internados (SRI).

A média de internação de pacientes na UTI é de menos de um paciente/dia. Já na UPI é de 7,9 pacientes/dia. O ambulatório realiza uma média de 420 atendimentos/dia, incluindo desde consultas médicas (clínico, cardiologista, endocrinologista, neurologista, nefrologista dentre outros), consultas odontológicas e consultas complementares, como, por exemplo, serviços de fisioterapia, psicologia, nutrição, assistência social, fonoaudiologia. No serviço de pronto atendimento, a média é de 1000 atendimentos/mês. Na UCC a média é de 40 cirurgias/mês.

A Divisão Médica é responsável por duas grandes e importantes subdivisões: a de enfermagem, a qual é composta por uma gerente de enfermagem, chefes de setores e as enfermeiras atuantes diretamente na assistência. Exceto a gerência, as demais chefias estão relacionadas diretamente à prática assistencial, atuantes no dia a dia com o paciente. É responsável também pelos médicos.

Dentro da subdivisão médica, existe a Clínica, que é composta por especialidades como cardiologia, endocrinologia, dermatologia, nefrologia, medicina interna, entre outras. Também, há a Clínica Cirúrgica, composta por cirurgias gerais, vasculares, pediátricas, urológicas, ginecológicas, ortopédicas e outras. Na área de apoio clínico, está os serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, assistencial social, fonoaudiologia, psicologia e outras especialidades.

No Anexo A consta o organograma do Hospital Militar para elucidar e exemplificar de forma mais clara e objetiva as relações hierárquicas.

5.3 Participantes

Em consonância aos objetivos da pesquisa, optou-se em oportunizar a participação do universo total de enfermeiros e técnicos da UTI. Assim sendo, os critérios de inclusão definidos foram:

- a) Todos os enfermeiros, civis e militares, que aceitassem participar da pesquisa e que estivessem em atividade regular durante a realização das rodas de conversa;

- b) Técnicos de enfermagem que aceitassem participar da pesquisa e que estivessem em atividade regular durante a realização das rodas de conversa;

O convite à equipe de enfermagem da UTI se deu através de cartaz fixado no mural do setor, bem como com contato direto a todas as equipes em seus turnos de trabalho, procurando expor os objetivos do estudo.

O universo de enfermeiras e técnicos de enfermagem aceitaram participar, totalizando 6 enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem distribuídos nos turnos manhã, tarde, noite 1, noite 2 e noite 3, inclusive com os folguistas, que somam um total de 2 enfermeiras e 4 técnicos de enfermagem. A forma como se deu a organização dos grupos e realização das rodas de conversa será descrita na seção a seguir.

5.4 Coleta das Informações

Para contemplar os princípios do desenho metodológico da pesquisa qualitativa à luz dos pressupostos da pesquisa-ação e da própria metodologia da EPS, a estratégia de coleta das informações selecionada para este estudo foi as “rodas de conversa”.

As “rodas de conversa” levam os participantes a refletir sobre as mudanças que ocorrem no desenvolver das atividades de trabalho, nas rotinas diárias e até mesmo na carreira profissional. As rodas devem potencializar, no coletivo, os processos de trabalho as quais podem ser executados e que contribuirá ou não para alcançar as mudanças pactuadas, mesmo que estas não se concretizem da maneira esperada. As rodas passam a ser um espaço de fala que incentiva o movimento da ação. Não se resumindo apenas a um espaço para expressar frustrações, mas sim para planejar ações visando atingir melhores resultados no processo de trabalho. (COSTA et al., 2013).

De acordo com os princípios da EPS e por meio da metodologia das rodas de conversa, a equipe de enfermagem foi convidada a refletir sobre seus processos de trabalho e necessidades. Os eixos condutores dos encontros foram os temas geradores, organizados sob a lógica de duas fases: a inicial, onde os participantes expuseram suas percepções a respeito do *trabalho em si*, a partir da problematização do cotidiano e de seus nós críticos; e a final, caracterizada pela projeção das mudanças identificadas como desejadas e ou necessárias. Tais temas conversaram sobre forma atual de trabalho, a forma ideal de trabalho, os nós críticos nos processos de trabalho, as mudanças necessárias e os caminhos possíveis para viabilizá-las. Dessa forma, a roda tornou-se o dispositivo estratégico da pesquisa, porque, centrada no

processo dialógico, aproxima-se das premissas da PNEPS, investe em uma relação entre a formação, gestão e trabalho em saúde, questiona e, em constante problematização, estimula o sujeito do processo, ou seja, o trabalhador, a resolver de forma inovadora e criativa os nós encontrados e vivenciados no contexto do seu ambiente hospitalar.

Nesse processo, a pesquisadora é considerada a facilitadora do grupo, na perspectiva de um poder compartilhado para a tomada de decisão em grupo. Propicia-se, assim, momentos de discussão dos profissionais sobre os seus processos de trabalho e, conseqüentemente, promove a proposta de mudança nas práticas de saúde.

As técnicas utilizadas para dinamizar os encontros foram variadas, mas todas utilizaram como fio condutor o registro coletivo dos depoimentos, posicionamentos e consensos dos grupos, por meio de painéis que foram sendo confeccionados a cada encontro, além da gravação em áudio. O primeiro instrumento proporcionou uma chave importante de apoio à pesquisa, em relação ao registro e sistematização das informações, assim como para produzir e partilhar a “memória” de cada roda, que era repassada aos demais grupos.

Os participantes foram previamente convidados pela pesquisadora e, mediante o aceite, eram informados sobre o cronograma dos encontros. As rodas tiveram uma duração de 1 hora e 30 minutos, durante dois dias da semana, ao longo do mês de novembro de 2015.

As rodas de conversa aconteceram no período da tarde, no auditório Santos Rocha, nas dependências do hospital, e totalizaram oito encontros. Participaram a equipe de enfermagem da UTI, ou seja, 6 enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem, conforme demonstra o quadro abaixo. Estes foram divididos em grupos, sendo nomeados como grupo 1 e grupo 2, totalizado 10 sujeitos em cada roda de conversa. Cada grupo participou de quatro rodas de conversa.

Quadro 1 - Cronograma das rodas de conversa.

	1° Roda de conversa		2° Roda de conversa		3° Roda de conversa		4° Roda de conversa	
Fases	<i>Problematizando a realidade: o trabalho em si</i>				<i>Projetando as mudanças: construindo a proposta da EPS</i>			
Datas dos Encontros	04/11/15 Grupo 1	05/11/15 Grupo 2	11/11/15 Grupo 1	12/11/15 Grupo 2	18/11/15 Grupo 1	19/11/15 Grupo 2	25/11/15 Grupo 1	26/11/15 Grupo 2
Temas geradores	Como estamos trabalhando? Que nós críticos identifico nos processos de trabalho na UTI? Como gostaríamos de trabalhar?		Por onde caminhar? De que forma posso viabilizar mudanças nos processos de trabalho n UTI?		Quais as nossas necessidades de formação? Como viabilizar a EPS na UTI?		Elaboração da Matriz do Planejamento da EPS	

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

O grupo 1 foi formado por três enfermeiras, sendo duas folguistas e uma do turno da tarde. Já os técnicos de enfermagem, foram um total de sete, sendo dois do turno da manhã, um do turno da tarde, dois da noite 1, dois da noite 2.

O grupo 2 foi formado por três enfermeiras, sendo uma da noite 1, uma da noite 2 e uma da noite 3. Já os técnicos de enfermagem foram num total de sete, sendo um do turno da tarde, dois da noite 3, quatro folguistas.

Durante a realização das rodas, a pesquisadora estimulou o diálogo procurando agrupar os colegas de turnos contrários, objetivando, com isso, fomentar o trabalho em equipe, oportunizar a diversidade das opiniões e a construção de relações para aprofundar individualmente e coletivamente as comunicações verbais, dando continuidade na discussão e mantendo o ritmo próprio dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

5.5 Análise dos dados

Para a análise de dados, utilizou-se a metodologia de análise de conteúdo do tipo temática orientada por Minayo (2008), que interpreta os dados e suas especificidades e significações. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido da comunicação que representam o significado do objeto do estudo. (MINAYO, 2008).

Conforme Minayo (2008), a análise se dá em três etapas: pré-análise, análise ou

exploração do material e interpretação.

Na fase de pré-análise, procurou-se organizar o material a ser analisado conforme os objetivos, questão de pesquisa e temas geradores. Foram realizadas as transcrições, bem como a sistematização dos painéis, por dia e tema gerador. Foi realizada uma leitura do material para operacionalizar as ideias iniciais de maneira a conduzir o desenvolvimento de pesquisa, retomando os objetivos iniciais.

Na análise ou exploração do material, que consiste em atingir o núcleo de compreensão do texto, iniciou-se o processo de categorização com o que emergiu do tema em foco. Para isso, foi preciso diversas leituras do material sistematizado, de forma transversal aos temas e também de forma vertical, a partir de cada tema gerador. Os ensaios analíticos foram sendo registrados em matrizes, a fim de que fosse possível o agrupamento e definição dos núcleos de sentidos e categorias.

Na interpretação, procurou-se buscar respostas para o objetivo da pesquisa desvelando, compreendendo e interpretando os resultados à luz dos referenciais teóricos que embasaram a pesquisa.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foram respeitadas as questões bioéticas previstas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos, conforme a resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto da pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos com a carta de anuência da instituição participante.

A Resolução 466/12 aponta que todos os protocolos de pesquisa que envolvam seres humanos, independente da área de conhecimento, devem ser avaliados quanto aos critérios éticos e científicos por um comitê de ética em pesquisa institucional. Essa é uma maneira de compartilhar responsabilidades entre os pesquisadores, o sistema de avaliação ética, as instituições de ensino e pesquisa, voluntários e toda a sociedade. (BRASIL, 2012).

Após a autorização do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNISINOS, conforme parecer nº14/095, foi iniciada a operacionalização da coleta das informações com os profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes no hospital, no período de novembro de 2015. Todos os profissionais convidados para participarem do estudo foram informados sobre os objetivos, no que consiste a sua participação e seu caráter voluntário. Foram informados também sobre a possibilidade de desistir de participar em qualquer momento sem nenhum prejuízo em suas atividades profissionais. Após o esclarecimento sobre a pesquisa, foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), em duas vias, ficando um exemplar com a pesquisadora e o outro com cada participante (APÊNDICE A).

Nesse sentido, outro aspecto importante esclarecido foi o fato de que, por ser a pesquisadora integrante do hospital e exercer cargo de chefia, o sigilo sobre as informações trocadas nas rodas de conversa seria mantido, sendo utilizadas apenas para fins acadêmicos e posterior publicação em periódicos, preservando-se a confidencialidade dos dados. Esse aspecto pode ser considerado um limite à execução da pesquisa, assumindo especial atenção na geração de riscos aos participantes.

Perante tal situação, esse risco foi minimizado mediante o estabelecimento de contrato ético entre a pesquisadora e os participantes de confidencialidade e respeito às posições expostas nas rodas de conversa. Nesse acordo, a pesquisadora assumiu o compromisso de completo resguardo de posicionamento profissional frente às eventuais situações de trabalho que pudessem envolver os participantes e demais instancias hierárquicas.

Apesar de as relações hierárquicas e profissionais serem um aspecto condicionante à

integração dos participantes e a livre exposição de ideias, avaliamos que a interferência não foi limitante ao diálogo crítico desenvolvido, conforme poderá ser observado na descrição das falas e posicionamentos.

7 RESULTADOS DA PESQUISA

De acordo com o referencial utilizado, no próprio processo de coleta de dados se abrem as possibilidades de aprendizagem, produção e análise do conhecimento. Por isso, os resultados serão apresentados em dois momentos, a primeira descrevendo o “movimento” da pesquisa, sua articulação com seus propósitos e dispositivos metodológicos e a segunda, apresentando a produção dos grupos e a emergência das categorias de análise.

7.1 Descrição do processo da pesquisa em ação

7.1.1 Primeira fase: Problematizando a realidade: o trabalho em si

Nessa fase, as rodas tiveram por objetivo identificar os nós críticos a partir das vivências e experiências adquiridas pelos trabalhadores dentro dos seus processos de trabalho na instituição militar, e como eles percebem e entendem a política de EPS e a sua importância nas práticas educativas. É uma fase essencial para o desenvolvimento da experiência de uma nova prática educativa, que busca o planejamento da implantação de um programa de EPS. Em outras palavras, objetivou-se a identificação de um conjunto de situações problemáticas, isto é, nós críticos considerados importantes para os participantes e que poderiam vir a ser objeto de reflexão e mudança.

Essa fase compreendeu dois encontros com cada grupo. Inicialmente, a pesquisadora apresentou os objetivos da pesquisa, explicando o intuito da mesma com o referente estudo. Na sequência, apresentou o tema EPS, abordando suas premissas, conceitos, seus entraves e suas possibilidades.

Após, foi exposto aos sujeitos da pesquisa um vídeo de autoria de Emerson Elias Merhy, da EPS em Movimento, a qual ele explica e exemplifica a diferença da Educação Continuada e Educação Permanente. A ideia foi de desmistificar a EPS, salientando as suas premissas e como são desencadeados os processos formativos dentro do mundo do trabalho.

A partir dessas ideias disparadoras, debatemos sobre o entendimento e conhecimento do grupo diante da política de Educação Permanente em Saúde, sua implantação, sua prática e a percepção de um novo modelo de prática educativa no trabalho. Ainda na mesma roda de conversa, na sequência da exposição do vídeo, com a finalidade de motivar a manifestação dos participantes, foram abordados os seguintes temas geradores:

- 1) Como estamos trabalhando?

- 2) Que nós críticos identifico nos processos de trabalho na UTI?
- 3) Como gostaríamos de trabalhar?

Essas questões foram elaboradas a fim de dar abertura aos sujeitos envolvidos na pesquisa para eles, espontaneamente e primeiramente em duplas, descreverem o seu ambiente de trabalho, apontando as facilidades e dificuldades do dia a dia e observar seu entendimento e percepção sobre o conceito da EPS. Assim, foi possível identificar como os sujeitos gostariam de trabalhar e como poderiam aproximar-se do ideal frente à realidade a qual se encontram.

As questões foram entregues as duplas em fichas coloridas, sendo cada pergunta em uma ficha individual e de cores diferentes. Foi proposta a construção de um painel com as ideias levantadas nas rodas, a fim de se obter mais informações sobre a realidade dos processos desenvolvidos no cotidiano de trabalho e apontados pelos grupos. Portanto, o intuito era construir um painel, a qual acompanhasse o grupo nas próximas fases para auxiliar na condução do processo, como uma espécie de fio condutor das discussões. O primeiro painel foi nomeado de árvore das percepções (APÊNDICE B).

A discussão coletiva e centrada nos processos de trabalho pretendeu conduzir os grupos à próxima fase, de projeção das potencialidades e possibilidades para o enfrentamento e/ou resolução dos nós críticos identificados, pela via da Educação Permanente em Saúde.

No segundo encontro, após breve discussão com os grupos referente ao painel construído anteriormente, o processo seguinte teve a apresentação de um desafio reflexivo, oriundo do curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, ofertado pelo Ministério da Saúde e adaptado a realidade da UTI. (APÊNDICE C).

Houve algumas mudanças no corpo do texto para atingir a realidade da UTI. A discussão foi referente às ações que poderiam ser desencadeadas no serviço de saúde para possibilitar aos profissionais interrogar o sentido de suas práticas e construir mudanças amplas e cuidadoras, referenciando as ações da EPS. Dessa forma, a discussão sobre os achados provenientes do exercício levou o grupo a novos temas geradores:

- 1) Por onde caminhar?
- 2) De que forma posso viabilizar mudanças nos processos de trabalho na UTI?

Da mesma forma, as questões foram entregues as duplas em fichas coloridas e individuais para a construção de um novo painel, nomeado de “árvore do conhecimento”

(APÊNDICE D). Com a exposição dos depoimentos das duplas e a visualização da “árvore”, a roda foi conduzida ao debate coletivo.

7.1.2 Segunda fase: Projetando as mudanças: construindo a proposta da EPS

Nessa fase, objetivou-se “pôr em movimento” os dados recolhidos nas primeiras rodas, por meio da devolução dos dados identificados e apontados pelos grupos sobre os temas geradores abordados. Os temas geradores dessa nova fase foram:

- 1) Quais são as nossas necessidades de formação?
- 2) Como viabilizar a EPS na UTI?

A partir dessas questões, em mais dois encontros, novamente um com cada grupo, foi proposto o planejamento de uma “agenda” que contemplasse as necessidades identificadas, bem como indicasse prioridades para a EPS. Essa programação foi dada frente a novas questões lançadas ao grupo:

Por meio das discussões disparadas pelas questões, os painéis, utilizados até então como instrumento de registro-síntese das produções dos grupos, foram transformados em um plano de ação para a EPS da Enfermagem, a qual foi nomeada como matriz de planejamento para EPS.

Encerradas as rodas de conversa previstas no cronograma, a pesquisadora acordou com os grupos a terceira fase, que deverá ser realizada em março de 2016 para avaliação do processo vivido, validação final do planejamento e definição de um grupo condutor a qual será responsável por submeter a proposta de EPS à direção do Hospital, bem como pela organização das rodas de conversa e demais atividades formativas.

Apesar de o processo estar em curso, pode-se perceber que experiência das rodas de conversa fez com que os trabalhadores envolvidos reconhecessem e valorizassem esse espaço de diálogo, o que pode favorecer a sua responsabilização no desenvolvimento do processo metodológico e pedagógico da EPS. O surgimento de novas práticas e saberes é favorecido com essa dinâmica de educação no trabalho. A capacidade de intervir na realidade passa a acontecer de forma compartilhada, criativa e dinâmica no cotidiano de trabalho, viabilizando novos arranjos entre os trabalhadores. (FLORES, 2011).

7.2 Análise dos resultados

Conforme se descreveu anteriormente, ao longo das quatro rodas de conversa, que totalizaram oito encontros com os grupos 1 e 2, os temas geradores foram utilizados para promover entre os participantes um diálogo crítico e propositivo sobre as necessidades e possibilidades da EPS ser um dispositivo de qualificar o trabalho, seus nós críticos e seu ambiente. O conteúdo gerado, seja das transcrições das rodas, seja dos registros dos painéis foi a matéria prima para o trabalho analítico, cujos resultados serão apresentados nesta seção.

Por meio da análise temática dos núcleos de sentido construídos a partir das percepções das duplas e da produção de conhecimento coletivo gerado nas discussões grupais, quatro subcategorias se fizeram presentes, de forma recorrente em todo o processo, mas diferindo de ordem de prevalência ou importância. São elas: assistência e seus fluxos; espaço/recursos físicos, materiais e equipamentos; relações/condições de trabalho; e “treinamento”. Na análise de seus sentidos e como síntese da primeira fase, denominada *Problematizando a realidade: o trabalho em si*, cujo objeto de reflexão girou em torno dos nós críticos do *trabalho*, emergiu a categoria *O trabalho vivo em ato: a produção do cuidado*. A segunda categoria emergiu da análise sobre a relação das quatro subcategorias com o foco das discussões da fase denominada *projetando as mudanças: construindo a proposta da EPS*. Do diálogo e o olhar projetivo de superação dos nós críticos identificados, à luz da reflexão teórica realizada, resultou a categoria nomeada como: *Educação Permanente em Saúde: dimensão constitutiva do trabalho vivo*.

Ambas entrelaçadas, guardam em comum a indissociabilidade entre atenção, gestão, ato educativo no trabalho da saúde e o processo participativo desencadeado pela pesquisa.

7.3 O trabalho vivo em ato: a produção do cuidado

Essa categoria foi construída a partir da correlação dos achados da pesquisa com as contribuições teóricas de Merhy e Franco (2003; 2005). Para os autores, a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do “trabalho vivo em ato”, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Essas formas de interações configuram certo sentido no modo de produzir o cuidado. (MERHY; FRANCO, 2005).

Os participantes trouxeram, em todas as rodas de conversa, essa interação entre

recursos e insumos externos, o trabalho em si, que se realiza mediante o conhecimento e competências dos trabalhadores e a produção do cuidado, esta representada pela assistência prestada aos pacientes e seus fluxos. Refletindo o nível perceptivo dos participantes sobre o trabalho em si, expresso durante as duas primeiras rodas de conversa, o quadro abaixo demonstra a emergência, a ordem de frequência das subcategorias identificadas, em relação aos temas geradores:

Quadro 2 – Ordem de relevância das subcategorias identificadas

PROBLEMATIZANDO A REALIDADE: O TRABALHO EM SI				
SUBCATEGORIAS	ORDEM DE RELEVÂNCIA	TEMAS GERADORES		
		Como estamos trabalhando?	Nós críticos/Processos de trabalho	O trabalho que queremos?
	1°	Equipamentos/ Espaço Físico	Assistência/Fluxos de Trabalho	Assistência/Fluxos de Trabalho
	2°	Demanda Assistencial	Espaço Físico/Recursos materiais/Segmento Logístico e de Informação	Espaço Físico/Recursos materiais/ Equipamentos
	3°	Relações de trabalho/ Condições de trabalho	Relações de Trabalho/ Condições de trabalho	Relações de trabalho/ Condições de trabalho
4°	_____	Treinamento/EPS	Treinamento/EPS	

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Na construção da “árvore das percepções”, acima exposta sob forma de quadro, inicialmente o trabalho foi visto e caracterizado de uma forma geral, trazendo o entendimento por parte dos participantes da maneira atual de trabalho, enfatizando os equipamentos e espaço físico, caracterizando a demanda assistencial e descrevendo as relações e condições de trabalho.

Na segunda roda de conversa, com o aprofundamento dos debates sobre o trabalho na UTI, observou-se maior clareza e a hierarquização dos nós críticos, na ordem de recorrência expressa pelas subseções a seguir.

7.3.1 Assistência e seus fluxos de trabalho

Esta subcategoria aborda os temas relacionados a práticas de cuidado, suas conexões com demais serviços/instâncias do hospital até os procedimentos específicos da enfermagem:

“Sem continuidade nas rotinas assistenciais”. D4

“No momento falta a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem”. D9

“Observamos a dificuldade na praticidade (remoto, gabs), faltam treinamentos, gerenciar padronizações, trazendo segurança no todo, equipe x cliente. Rever a necessidade de apoio psicoemocional a pacientes quando lúcidos e para seus familiares”. D2

“Serviço de Nutrição e Dietética (SND) quando solicitado demora no atendimento”. D6

“Que existem muitos procedimentos burocráticos que dificultam o atendimento”. D3

“Um dos principais problemas que temos enfrentado está em processo de resolução: o sistema informatizado”. D7

Destaca-se a preocupação com a forma que o trabalho em ato se processa e o que produz de resultados demonstra uma atitude de desacomodação e de interesse na mudança e/ou melhoria do cuidado e de sua gestão. Essas transformações reportam-se, portanto, na concepção de Merhy e Franco (2003), ao trabalho vivo, porque em ato se produz e se consome no processo coletivo de trabalho. Nesses depoimentos, estão representadas as três tecnologias em saúde caracterizadas pelos autores como constitutivas do trabalho vivo em ato: tecnologia dura, que está relacionada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; leve-dura, que compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde; e a leve, que se refere às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos entre o usuário e o trabalhador bem como entre os trabalhadores. (MERHY; FRANCO, 2003).

Nessa perspectiva, Merhy e Franco (2003) afirmam que o homem é o trabalho vivo em potência, que constrói uma ação tecnológica expressando seus interesses e satisfazendo suas necessidades. Considerando a forma que os sujeitos gostariam de trabalhar, quando questionados nas rodas de conversa, os mesmos apontam como fator importante novamente a

melhoria da qualidade da assistência e seus fluxos para a melhoria do desenvolvimento do trabalho na UTI, o que demonstram os depoimentos a seguir:

“Conscientizar o efetivo de apoio (farmácia, rancho, funsa, motorista) que somos um hospital, que o nosso instrumento de trabalho são seres humanos, que salvamos vidas, que precisamos de pessoas sempre dispostas, disponíveis, gentis e corteses para atendermos juntos o paciente”. D4

“Acho que algo fundamental no hospital seria área de apoio 24 horas”. D3

“Com mais acessibilidade a farmácia e laboratório já que estes serviços a partir de certo horário ficam de sobreaviso”. D6

“Acredito que estamos bem próximos do ideal, mas ainda é comum a falta de produtos básicos (tipo seringas, certos medicamentos) por intercorrências burocráticas”. D7

“Seremos pronto atendidos pelos setores de apoio de forma humanizada para com os pacientes”. D4

Dentro do processo de trabalho, a tecnologia centrada no Trabalho Vivo gera, no encontro entre trabalhador e usuário, a produção de saúde e atos cuidadores, visando sua autonomia. Nesse processo, a produção do cuidado ocorre à relação do instrumental e Trabalho Vivo no processo de trabalho. (MERHY; FRANCO, 2003).

7.3.2 Espaço/recursos físicos, materiais e equipamentos

Os nós críticos agrupados nesta subcategoria podem ser definidos como instrumentais e associados ao trabalho morto. Merhy e Franco (2003) definem o trabalho morto como sendo as ferramentas e matérias primas utilizadas. O foco no “espaço-ambiente” onde o trabalho vivo em ato se desenvolve pode ser exemplificado com os seguintes depoimentos:

“Estrutura do setor não adequada por paciente adulto (adaptada)”. D1

“Falta de leito para isolamento. Espaço entre a porta de acesso e o leito insuficiente, cama passa muito apertada. Área física inadequada (pouco espaço entre os leitos), dificultando acesso ao paciente. Sistema de vácuo não funcionante. Sistema de ar comprimido fraco. Lençol de leito menor que o colchão”. D6

“Improvizados. A UTI, no momento, está instalada em um espaço adaptado até a reforma/construção do local definitivo esteja pronto”. D5

Ainda acerca de como gostariam de trabalhar, os sujeitos mencionam o espaço físico e os equipamentos como relevantes para os seus processos de trabalho, bem como práticas assistenciais, como se percebe nos depoimentos a seguir:

“Gostaríamos de trabalhar com recursos suficientes para prestar um serviço adequado. Talvez com instalações apropriadas e constante atualização de conhecimento já seriam um bom começo”. D7

“...para facilitar o atendimento, seria bom termos mais máquinas, tipo tomografia, prismas (hemolenta) e até um ventilador de alta pressão”. D3

Atualmente, a UTI do Hospital Militar atua com três leitos, em uma estrutura adaptada, onde as condições físicas comportariam uma UTI neonatal, ou seja, o espaço é pequeno para manter pacientes adultos, os leitos não possuem condições físicas para absorver pacientes em precauções de contato ou isolamentos. Geralmente, presta-se atendimento a pacientes de baixa a média complexidade, sendo que cada leito comporta uma cama para adulto, monitores para monitorização cardíaca, respiradores para suporte ventilatório, suportes de soro, bombas de infusões para medicações, dentre outros materiais para uma adequada assistência clínica ao paciente.

Portanto, o espaço físico mostra-se reduzido o que dificulta o desenvolvimento das práticas assistenciais. Aguarda-se o término das novas instalações da UTI, a qual se encontra em vias de conclusão, restando apenas alguns ajustes referentes à estrutura física no que diz respeito às instalações de gases de oxigênio e ar comprimido para, por fim, ofertar adequada estrutura e, com isso, prestar um serviço de maior qualidade. A nova UTI pretende ter cinco leitos, sendo um leito para o isolamento, e um leito para a realização de hemodiálise. Os materiais adequados para a melhoria da assistência médica e de enfermagem já foram adquiridos pelo hospital.

7.3.3 Relações e condições de trabalho

Merhy e Franco (2003) trazem que os processos em saúde dependem das relações de trabalho, ou seja, o Trabalho Vivo em ato, este no momento em que está produzindo. Essas relações podem se dar pelo saber hegemônico, centrado num ato prescritivo ou como relações estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde.

Nesse sentido, as relações e as condições de trabalho também surgiram nos

depoimentos, como algo a ser buscado para transformar a realidade do trabalho:

“Manter ambiente saudável de trabalho, evitando stress, proporcionando harmonia, união, conhecimento entre a equipe”. D1

“Com uma escala de serviço que contemple a todos e que seja o adequado para o serviço de enfermagem”. D9

“Poderia melhorar o diálogo entre chefia e técnicos de enfermagem, quem sabe mais reuniões para debates, regras, posturas, etc”. D8

“Pouca motivação, onde o profissionalismo é pouco valorizado, mas que se faz de tudo para mudar essa realidade com o próprio exemplo”. D9

“(...) Mas o maior ponto a se destacar e talvez o que mais abale os ânimos para o trabalho são as relações pessoais”. D5

Considerando as relações hierárquicas entre os participantes, nas falas destacadas críticas sobre a comunicação e a importância da escuta qualificada a elas, pois o trabalho vivo em ato se assenta em vínculos e relações de confiança e reciprocidade. Sabendo-se da importância do trabalho vivo para o desenvolvimento e transformações das práticas e processos de trabalho, o trabalho em saúde é sempre coletivo, não havendo trabalhador que atue sozinho para que tais mudanças ocorram. É preciso que ocorra a troca, o diálogo e adequada comunicação entre os profissionais da saúde para que um dê sentido ao trabalho do outro e assim seguir com a finalidade do trabalho em saúde. (MERHY; FRANCO, 2005).

7.3.4 “Treinamento”/EPS

Apesar de representar o quarto nó crítico na percepção dos participantes e, ainda, associada à noção do “treinamento”, a importância da educação em serviço foi identificada desde a fase inicial das rodas:

“Falta de treinamento da equipe (educação continuada) no horário de serviço”. D6

“Poucos treinamentos internos, falta de discussão de casos (round)”. D1

Da mesma forma, ela é identificada como uma expectativa, isto é, quando foi proposta a reflexão sobre “como gostaríamos de trabalhar”:

“Gostaria de trabalhar com treinamentos mais constantes, cursos e estágios em outros CTI’s”. D8

“Tendo maior conhecimento sobre a rotina e os procedimentos que são desenvolvidos dentro da unidade”. D10

“...constante atualização de conhecimento já seriam um bom começo”. D7

Conforme se abordou na seção 4.1, há um longo caminho ainda a ser percorrido no entendimento sobre as diferenças e transição dos modelos e conceitos de Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde, não só na ótica dos gestores, mas também dos trabalhadores em saúde. Observa-se que o processo de mudança da EC para EPS relaciona-se com a educação e formação dos trabalhadores de saúde, as quais devem assumir novas práticas para modificar seus processos de trabalho, com uma postura mais crítica e reflexiva do cotidiano de trabalho, gerenciando suas experiências e aprendizagens para desenvolver conhecimentos pessoais e sociais.

Os significados dos termos *continuada* e *permanente* determinam especificidades diferentes ao processo de ensino-aprendizagem. A EC pode ser caracterizada como, por exemplo, a participação em seminários, congressos, estudos dirigidos, elaboração de artigos e trabalhos para publicação. Sendo toda a experiência que aumenta a base de conhecimentos e habilidades. E a EPS é uma estratégia que reestrutura e desenvolve os serviços de saúde através da transformação dos conceitos e valores dos profissionais. Tais características podem gerar dúvidas na definição por parte dos trabalhadores quanto ao método de ensino-aprendizagem utilizado em sua instituição de saúde. (CORREIA; SOUZA, 2011).

Observa-se que na produção das últimas rodas, na fase denominada: *projetando as mudanças e seus respectivos temas geradores: entre o real, por onde caminhar?* Como atingir as mudanças? Quais as necessidades de formação? Como viabilizar a EPS na UTI a necessidade de “treinamento/EPS” assume lugar central e de destaque na priorização das ações.

Quadro 3 – Ordem de Relevância oriunda dos Temas geradores

PROBLEMATIZANDO A REALIDADE: O TRABALHO EM SI		PROJETANDO AS MUDANÇAS					
ORDEM DE RELEVÂNCIA	TEMAS GERADORES						
	Como estamos trabalhando?	Nós críticos/ Processos de trabalho	O trabalho que queremos?	Entre o real, por onde caminhar?	Como atingir as mudanças?	Quais as necessidades de formação? Como viabilizar a EPS na UTI do Hospital Militar de Canoas?	
SUBCATEGORIAS	1°	Equipamentos/ Espaço Físico	Assistência/ Fluxos de Trabalho	Assistência/ Fluxos de Trabalho	Relações de trabalho/ Feedback	Treinamento/ EPS	Assistência/ Fluxos de Trabalho
	2°	Demanda Assistencial	Espaço Físico/ Recursos materiais/ Segmento Logístico e de Informação	Espaço Físico/ Recursos materiais/ Equipamentos	Assistência/ Fluxos de Trabalho	Assistência/ Fluxos de Trabalho	EC/EPS Treinamentos
	3°	Relações de trabalho/ Condições de trabalho	Relações de Trabalho/ Condições de trabalho	Relações de trabalho/ Condições de trabalho	Espaço Físico/Recursos materiais/ Equipamentos	Feedback	Trabalho em Equipe
	4°	_____	Treinamento/ EPS	Treinamento/ EPS	Treinamento/ EPS	_____	Demanda Assistencial

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Apesar de coexistirem os entendimentos dos dois modelos, a presença cada vez mais demarcada da educação permanente como estratégia e/ou dispositivo privilegiado de indução, “as mudanças” foi ganhando espaço nas discussões, o que definiu a emergência da segunda categoria de análise, aqui nomeada como EPS: dimensão constitutiva do trabalho vivo. O deslocamento de sua ordem de importância na ótica dos participantes pode ser observado no quadro abaixo, que descreve a sistematização de todas as rodas de conversa. Esta categoria será analisada na próxima seção.

7.4 A educação permanente em saúde como dimensão constitutiva do trabalho vivo

Esta subcategoria aborda as reflexões acerca dos meios e estratégias para desenvolver ações que superem desafios e os nós apontados, ainda que na perspectiva tradicional sob forma de treinamento, a educação permanente em saúde ganha destaque junto com a melhoria das relações de trabalho e a qualificação do trabalho em si.

Essa tendência já pode ser observada desde quando os participantes discutiram as possibilidades de ação, em relação aos mecanismos de aproximação entre o real do ideal. Os

sujeitos enfatizaram que o alcance das mudanças está nas relações e condições de trabalho salientando a importância do *feedback* da gestão com a equipe de saúde. Seguem, abaixo, alguns depoimentos que ilustram o que foi mencionado:

“...conversas informais entre a equipe com feedback”. D1

“Realizando feedback com a equipe multiprofissional trimestral (ou se necessário)”. D6

“Sendo mais humano com a equipe de trabalho”. D4

“...e alertando a importância dos trabalhos em conjunto, entre setores e áreas de apoio (farmácia, laboratório, nutrição, almoxarifado...)”. D2

O feedback por parte da chefia é encarado pelos mesmos como relevante no sentido de tornar mais claro e eficaz o desenvolvimento das suas práticas de trabalho bem como o seu desempenho na instituição e assim satisfazer às suas necessidades no sentido de conhecer suas performances e obter reconhecimento.

As relações de trabalho entre gestão e trabalhadores, trazendo o feedback e o reconhecimento para o cotidiano do trabalho, faz com que as práticas e os processos ganhem importante aliado nas organizações de saúde. Eles são um dos fatores para atingir o sucesso organizacional, pois pode ser encarado como instrumento para o alcance dos objetivos ao decorrer dos processos de trabalho. Possui baixo custo e gera satisfação aos trabalhadores. Acredita-se que a ausência dos mesmos pode gerar redução nos rendimentos e na produção de trabalho interferindo diretamente na qualidade do serviço prestado. (ARAÚJO, 2002).

Nessa perspectiva, associa-se a preocupação com a assistência ao paciente, na relação com seus fluxos, na gestão do cuidado, que ocupou o segundo lugar na ordem de recorrência entre os participantes:

“Penso que quando começarmos a trabalhar com todos os serviços disponíveis dentro do hospital nas 24 horas”. D10

“...educando mais os técnicos na assistência ao paciente e nos cuidados de enfermagem”. D4

“Vigiando a rotina de protocolos e processos”. D2

“...treinamentos internos na CTI com a equipe”. D1

“Realizando treinamentos na nossa unidade, durante o horário de expediente no primeiro momento”. D3

“Aproximar o real do ideal depende do empenho de todos. Através da colaboração, empenho, aperfeiçoamento constante, é possível chegar bem próximo daquilo que se idealiza para nossa unidade”. D8

Os dados indicam que ainda são vistos como estratégias importantes apesar das proposições da EPS, prevalece a concepção tradicional e fragmentária de educação em serviço, assentada no modelo da educação continuada. Os depoimentos a seguir exemplificam tal inferência:

“Através da educação permanente, treinamentos e conhecimentos adquiridos em cursos e congressos”. D6

“Através da educação permanente com a equipe”. D3

“Através de treinamentos, cursos, etc.”. D10

“Acrescentar treinamentos somando com a equipe multiprofissional. Mostrando o ganho com os multiplicadores”. D7

“Realizando treinamentos continuamente”. D2

“Levando ao conhecimento de todos através de reuniões, cursos, palestras. Buscando opiniões, sugestões dos funcionários. Tendo mais informações disponíveis no setor para que todos falem a mesma linguagem”. D1.

Essa evidência pode ser constatada na sistematização do último tema gerador, referente às necessidades de formação bem como estratégias para viabilizar a EPS na UTI. Ainda que centrados nas tecnologias duras, tendo em vista a natureza da assistência prestada em uma unidade de saúde do tipo UTI, os participantes mencionaram a necessidade de uma adequada gestão do cuidado, reforçando a importância de assuntos que acrescentem conhecimento dentro da área da terapia intensiva, do suporte avançado, de novas técnicas:

“Mais participações em treinamentos de nefro, cardio, PCR, cateteres, equipamentos, cuidados pós-cirúrgicos”. F11

“Necessitamos atualizações em PCR, cuidados com pacientes com hemodiálise, atualização em curativos de lesão por pressão”. F8

“Cursos sobre as principais doenças que atendemos em nossa unidade”. F5

“Acho que seria proveitoso treinamento, cursos de aprimoração, novas técnicas, etc.”. F4

O olhar mais ampliado proposto pela educação permanente em saúde, que inclui a reflexão sobre processos de trabalho, ou seja, o trabalho vivo em ato e a gestão do cuidado emergiu nas falas e discussões em relação à assistência:

“Pesquisando junto a outros hospitais, sistemas usados que apresente agilidade na forma de cobrança e controle de estoque”. D9

“Integração do sistema da farmácia com estoque do remoto na UTI”. D6

“...e reestruturar normas e rotinas com intuito de promover uma melhor assistência multidisciplinar aos pacientes utilizadores da UTI”. D2

“Implementando processos assistenciais através de protocolos”. D8.

“Tendo cuidado com o uso de materiais e medicações dos pacientes”. D9

“Como temos profissionais com diversas experiências, a troca de experiência é mútuo viável para enriquecer o trabalho. Todos têm muito para passar e aprender sempre”. D4

Ceccim (2005a) refere que o papel das práticas educativas deve ser criticamente revisto para que possa relacionar os saberes formais oriundos dos especialistas e os saberes operadores oriundos dos profissionais que atuam dentro das realidades de trabalho. Frente a isso, se salienta o que foi exposto nos depoimentos anteriores, contemplando a percepção dessa necessidade de relacionar saberes formais e informais, ou seja, os adquiridos através de cursos, treinamentos e aprimoramento e os adquiridos nas práticas no cotidiano de trabalho, nas experiências em campo prático.

Ainda sob a denominação de “educação continuada”, houve sugestões que apontaram para a característica própria da educação permanente que é a “constância” dos processos formativos em serviço:

“Estudos de casos, constante educação continuada”. F9

“Capacitar para crescer e chegar próximo ao ideal, quando chegar o real estarmos preparados”. F10

“Acho que educação continuada”. F12

“Estimular atualizações em UTI, com treinamentos constantes com a equipe, com grupos de estudos”. F7

Da mesma forma que nos depoimentos anteriores, apesar da predominância da concepção tradicional, emergiram indicações e proposições próximas ao referencial da EPS, no sentido e ênfase de melhorar o trabalho em equipe, com vistas ao diálogo entre as equipe de saúde, exercitando no coletivo essas mudanças. Também é relatado o aprimorar de conhecimento na equipe de trabalhadores da saúde, buscando a realidade de outros hospitais com foco em outras patologias (doenças) e outras técnicas de trabalho e práticas, atentando-se para a demanda assistencial. Como mostram os depoimentos a seguir:

“Necessitamos de profissionais mais capacitados para enfrentar o mercado de trabalho. Com formação que se aproxime mais da realidade dos hospitais”. F1

“Oportunizar debates, trazendo do individual a soma. Humanização para todos. Aprimorar a equipe observando as experiências e dificuldades”. F2

“...treinando a arte do ouvir, dar um retorno”. F7

Esses depoimentos vão ao encontro dos princípios da EPS, que deve partir da problematização do próprio fazer, onde os profissionais passam de receptores a construtores do conhecimento e de alternativas de ação. A EPS é o trabalho como ato formativo, incorporando o ensino e o aprendizado no cotidiano, remetendo-se ao mundo do trabalho. (COELHO et al., 2014).

Em síntese, observou-se que no processo dialógico proporcionado pelas rodas, a concepção de educação no trabalho como processo verticalizado e tecnificado foi cedendo espaço para a visão emergente da educação permanente em saúde, onde adquirem centralidade as trocas de experiências e saberes entre os profissionais da área da saúde e o modelo de cuidado usuário-centrado. Para Merhy e Franco (2003) e Ceccim (2005, 2005 b), este modelo assistencial está associado não somente aos processos e tecnologias de trabalho, mas a certo modo de agir no sentido de produzir novos resultados capazes de melhorar a situação do usuário.

Organizar o cuidado a partir das necessidades do usuário implica articular um campo multidisciplinar de saberes e práticas, em que as “redes de conversas” que ocorrem com os trabalhadores e unidades estabelecem linhas de cuidado. Na perspectiva da integralidade, as linhas são parte integrante nos processos formativos dos saberes e fazeres, que se expressam

em atos desde o acolhimento do usuário até o vínculo e a co-responsabilização para com o cuidado.

Os atos de saúde passam a ser comprometidos com as necessidades dos usuários, com experiências partilhadas da equipe de saúde que busca uma ação específica focada nas práticas usuário-centrado. Reconhecem-se, assim, e assumem-se as abordagens profissionais diferenciadas com experiências de formação que não se oponha a outras, constituindo diversos campos de conhecimento com diferentes práticas. (CECCIM, 2004).

Portanto, a real implementação de uma política de educação permanente no Hospital Militar representa um desafio de ruptura e quebra de paradigmas e de aprendizagem coletiva. Reconhecer a centralidade do trabalho e do trabalhador em um modelo de saúde usuário centrado requer incorporar o senso do coletivo, isto é, “do individual à soma,” conforme depoimento exposto acima.

Não há trabalho coletivo sem participação, portanto este é mais um desafio de uma proposta efetiva de educação permanente em saúde. Nesse sentido, os achados da pesquisa se aproximam dos pressupostos de formação proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004), em sua obra *O quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social*. Segundo o autor, ao integrar os segmentos da formação, da atenção, da gestão e da participação no âmbito da equipe de enfermagem, existe a possibilidade de valorização das capacidades, desenvolvimento das potencialidades já existentes em cada realidade, estabelecimento da aprendizagem significativa, criativa e crítica produzindo autoanálise e autogestão. (CECCIM, 2005a).

Tomar o próprio processo de trabalho como ponto inicial para a capacidade de mudanças e transformações, trazendo juntamente a inovação na maneira de promover e qualificar os profissionais da saúde. Assim, EPS constitui uma estratégia fundamental no que diz respeito à atuação crítica, reflexiva e tecnicamente competente. (SANTOS; COUTINHO, 2014).

A metodologia das rodas de conversa, objetivando a implantação da EPS no hospital militar buscou perseguir esse objetivo, de mudança da concepção tradicional, biologicista, mecanicista, centrada na transmissão de conhecimento unicamente via professor para uma concepção construtivista, com problematização das práticas e dos saberes, com vistas a mudar a concepção lógico-racionalista para o incentivo à produção de conhecimento e busca do mesmo por meio do trabalho vivo em ato.

Baseando-se na proposta da EPS, as rodas de conversa emergem como um espaço de reinvenção de formas de fazer educação em saúde dentro do âmbito hospitalar, com vistas a

valorizar os saberes e as práticas de cada indivíduo envolvido. A roda propõe novas concepções de educação, criando novas possibilidades de aprendizagens desencadeando processos educativos.

Considerando a riqueza produzida com a pesquisa em ação, que permitiu a expressão e a construção coletiva de uma reflexão sobre o trabalho vivo em ato, o próximo capítulo apresenta a proposição de implantação da Educação Permanente em Saúde na UTI do Hospital Militar, com vistas à continuidade do processo instituído e de seu reconhecimento e apoio institucional.

8 PROPOSTA DA MATRIZ DE PLANEJAMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Para que o processo de implantação da EPS na UTI do Hospital Militar tenha continuidade, elaborou-se uma matriz de planejamento, a ser apresentada e validada junto à equipe de enfermagem. Essa matriz tem como objetivo guiar o grupo de enfermagem no primeiro semestre de implantação da EPS, com vistas a atingir as necessidades e nós críticos apontados.

Quadro 4 – matriz de planejamento da EPS

O QUÊ	COMO	QUEM	QUANDO	ONDE
Ações/Estratégias/ Temáticas	Metodologia/ Abordagem	Execução	Cronograma	Ambiente de aprendizagem
Definição do grupo condutor da EP e validação de sua proposta. Apresentação/ Discussão da Matriz	Reunião com a equipe de enfermagem da UTI do Hospital Militar de Canoas	Pesquisadora e Equipe de Enfermagem da UTI do Hospital Militar de Canoas	Março/2016	Hospital Militar de Canoas
Apresentação da Proposta à Direção do Hospital Militar de Canoas	Reunião com Diretor do Hospital Militar de Canoas	Grupo Condutor	Março/2016	Hospital Militar de Canoas
Conhecendo novas realidades e processos de trabalho em UTI	Visitas técnicas na UTI do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)	Grupo Condutor	Março/2016 Previsão de Término: Abril/2016	Hospital Militar de Canoas /HCPA
Estágio Supervisionado: imersão em cuidados intensivos	Encaminhar um enfermeiro e um técnico de enfermagem por mês para o HCPA	Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem	A partir de Abril/2016: Previsão de término: Dezembro/2016	HCPA
Aplicabilidade das Tecnologias leves aos Pacientes Críticos	- Roda de Conversa: os tipos de tecnologias e suas formas de aplicação; - Importância da Tecnologia Leve ao paciente	Grupo Condutor	Abril/2016	Hospital Militar de Canoas
Parada Cardio Respiratória (PCR)	- Oficina: Abordagem dos guidelines da PCR. - Simulação em ato nas unidades: trabalho vivo.	Gestor Médico da UTI/Instrutor de ACLS/BLS	Maió/2016	Hospital Militar de Canoas
Hemodiálise	- Oficina: Cuidados de enfermagem a pacientes renais; - Cuidados com o cateter de hemodiálise; Consequências da diálise no paciente.	Enfermeira Especialista em Hemodiálise da Unidade de Pacientes Internados	Junho/2016	Hospital Militar de Canoas
Lesões de Pele	- Oficina: Atualização de curativos em lesões de pele; - Produtos adequados para cada tipo de lesão;	Enfermeira da UTI N3	Julho/2016	Hospital Militar de Canoas

O QUÊ	COMO	QUEM	QUANDO	ONDE
Ações/Estratégias/ Temáticas	Metodologia/ Abordagem	Execução	Cronograma	Ambiente de aprendizagem
Avaliação do semestre e /Planejamento do próximo	Roda de conversa: Fórum dos Cuidados de Enfermagem da UTI/ Troca de experiências e relatos.	Grupo Condutor	Julho/2016	Hospital Militar de Canoas

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

8.1 Processo de implementação da educação permanente em saúde

A proposta de intervenção que resulta deste estudo é a elaboração de uma Matriz de planejamento de implementação da EPS na UTI do Hospital Militar, com enfoque nos nós críticos e necessidades identificadas ao longo da pesquisa. Para contribuir na formação profissional e pessoal da equipe de enfermagem, destaca-se que a Matriz poderá, com a utilização da metodologia da EPS, contribuir a transformação processual das práticas assistenciais com vistas à formação integral dos enfermeiros e técnicos de enfermagem da UTI.

O processo de implementação da EPS no hospital dará início com duas ações estratégicas: apresentação da proposta, discussão e validação da matriz e a definição do grupo condutor do processo. Na sequência, será definida a estratégia de apresentação da proposta ao Hospital e suas instâncias decisórias.

O grupo condutor será escolhido pela equipe de enfermagem da UTI, com representantes dos turnos manhã, tarde e noite. O grupo que terá como função desencadear as ações e propagar os pressupostos da Educação Permanente em Saúde, tornando-se multiplicadores da ideia da EPS para os demais trabalhadores do hospital, bem como para demais unidades assistenciais, mas principalmente para a UTI, unidade pioneira na metodologia da EPS.

Com a escolha do grupo e a aprovação da matriz da EPS, os encontros, rodas e atividades serão programados e organizados de acordo com o cronograma inicial. Contemplando o 1º semestre de 2016, os temas propostos na matriz são emergentes das rodas de conversa, mencionados pelos sujeitos da pesquisa como assuntos a serem prioridades para marcar o início da implementação da EPS.

Ficará sob responsabilidade do grupo condutor a organização das práticas educativas bem como os agendamentos necessários com os ministrantes e com os hospitais para as visitas técnicas e estágios supervisionados. Procurou-se sugerir pessoas e ambientes capacitados, com experiências profissionais reconhecidas, para guiar com êxito as práticas

educativas. Diante de qualquer eventualidade ou impossibilidade de transcorrer como agendado no cronograma, ficarão a critério do grupo os ajustes necessários.

Algumas atividades serão concomitantes ao horário de trabalho, como é o caso das visitas e estágios, o que demandará detalhamento de cronograma que será divulgado com tempo. O cronograma será anexado em mural, dentro da UTI. Essas atividades serão realizadas durante o horário de trabalho da equipe de enfermagem, e ocorrerá nos turnos manhã ou tarde, alternadamente para procurar contemplar o maior número de trabalhadores.

Os encontros pedagógicos serão marcados pelo diálogo e troca de saberes e práticas, com ênfase na reflexão crítica sobre a gestão das práticas assistenciais, isto é, na forma de organizar o trabalho vivo em ato, seu produto: o cuidado em saúde e, assim, instigar a capacidade de aprender a interrogar o mundo do trabalho.

Em síntese esse conjunto de etapas será conduzido nos seguintes pressupostos, que continuarão a guiar o processo de implantação da EPS:

- a) Condução dos encontros de forma participativa e democrática, valorizando todos os saberes partilhados, inclusive na elaboração das sínteses e análises; a participação ativa dos sujeitos estimula e motiva o aprendizado e o desejo de mudança, reduzindo as dificuldades que virão na realização da ação;
- b) Oportunizar espaço para que os sujeitos percebam criticamente as condições de trabalho e sua inserção como elemento de mudança e transformação da realidade, bem como a necessidade de mobilização por parte da instituição para a melhoria nos processos de trabalho na área da saúde;
- c) A construção coletiva do grupo ser materializada sob forma de um planejamento de ação, que expressa a construção teórica e prática do grupo para a implantação de um processo de educação permanente e sua instrumentalização na definição de mecanismos de desenvolvimento e gestão do processo, a fim de que a pesquisa se concretize em ação;
- d) A própria avaliação crítica dos participantes é critério indispensável, que levanta subsídios e indicadores para a continuidade e melhoria do processo de EPS, procurando sua incorporação no cotidiano, isto é, no diálogo permanente entre educação e trabalho.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo, que teve por objetivo conhecer os nós críticos e as potencialidades dos processos de trabalho da equipe de enfermagem da UTI, na perspectiva de implantação de uma proposta institucional de Educação Permanente em Saúde, cabe pontuar alguns aspectos importantes que foram se revelando no processo.

Em primeiro lugar, tomar para si o propósito de exercitar a experiência da Educação Permanente em Saúde, bem como anunciá-la como possibilidade institucional, considerando a complexidade dos modelos instituídos foi e será um grande desafio. É um caminho e um *caminhar* de grandes aprendizagens e descobertas.

Afirmar o conceito da EPS significa a escolha por desenvolver um processo de aprendizagem que se materialize no cotidiano das pessoas e na estruturação do trabalho, tendo como base os problemas e potencialidades do dia a dia. Assume-se, assim, o compromisso de construir novas possibilidades para o ambiente e para os sujeitos envolvidos no cenário. (PINTO et al., 2015).

Ao propor a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, é preciso tomar como referência as necessidades de saúde das pessoas e dos usuários, da gestão e da participação da equipe de saúde. A EPS reorienta as práticas de saúde, as melhorias na gestão, a humanização dos serviços, dentre tantos outros benefícios que nascem a partir da inserção da EPS ao mundo do trabalho. (SANTOS; COUTINHO, 2014).

Entretanto, esses benefícios só são gerados com a efetiva mudança de paradigma que orienta o modelo assistencial hegemônico e com a implementação de tecnologias que permitam a integralidade da atenção à saúde. Em contextos específicos, como o de cuidados intensivos, esse desafio é ainda maior, pois a importância do trabalho morto, ou seja, equipamentos hospitalares assume espaço de destaque. A integralidade pressupõe um conjunto de saberes e práticas no cuidado à saúde. (MERHY; FRANCO, 2003).

O trabalho vivo torna-se viável por meio de tecnologias que são indispensáveis para o desenvolvimento dos processos de trabalho nas instituições, principalmente as da saúde. Existe forte relação entre as tecnologias, a ciência e o homem, como é referenciado em alguns depoimentos, a necessidade de tecnologias, equipamentos e recursos materiais para desempenhar com êxito e qualidade uma adequada assistência ao usuário bem como desenvolver melhores processos e práticas assistenciais.

Nesse sentido, pode-se perceber, no decorrer da pesquisa, que as proposições relacionadas ao espaço físico e equipamentos, embora importantes, não foram tão

significativas para os grupos, como aquelas que intervêm diretamente no modo de pensar, agir e se relacionar no trabalho. Esse é um ponto positivo que a pesquisa evidenciou e que precisa ser reforçado no decorrer da implementação da EPS.

Por outro lado, embora as preocupações com os fluxos de trabalho tenham tido destaque quanto às necessidades de formação como também em relação aos nós críticos, a relação direta com os usuários e seus familiares precisam ser mais abordados pelo grupo. Ainda que possam ser consideradas as condições críticas e agudas dos pacientes de unidade intensiva, bem como a rotatividade e permanência em seu ambiente, o trabalho vivo em ato precisa consumir-se na relação do cuidado com o outro, o que demanda competências para o exercício das tecnologias leve-duras e, sobretudo, das tecnologias leves.

Nas palavras de Ceccim, a EPS gera a construção de novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico, configurando, de modo criativo, assegurando atenção às necessidades em saúde e considerando a avaliação de satisfação dos usuários. (CECCIM, 2005a). Assim sendo, sabe-se da necessidade da utilização do trabalho morto no decorrer das práticas e no desenvolvimento dos processos diários, mas mostra-se com maior relevância a utilização pelos profissionais da saúde da tecnologia leve, pois é o que o usuário necessita no momento para tornar mais acolhedor e amenizar a situação de fragilidade. O encontro entre usuários e trabalhadores de saúde envolve uma variedade de saberes e práticas. Ambos produzem subjetividades, gerando modos de sentir, de representar, de vivenciar necessidades de formas diferentes, pois as pessoas não agem de maneira igual.

Para a realidade de cuidados intensivos, trata-se de poder ofertar uma assistência com altos recursos tecnológicos, com insumos adequados mantendo o núcleo do processo de trabalho na hegemonia do Trabalho Vivo. (MERHY; FRANCO, 2003).

O segundo desafio que merece destaque na implementação de uma política de educação permanente em saúde é exatamente sua dimensão ético-política, ou seja, sua interface com os sujeitos e as relações institucionais, em geral tensionadas por ritos, burocracias e disputas de poder. Essa dimensão tem duplo movimento: das práticas de cuidado cotidianas das equipes e da gestão das relações institucionais e intersetoriais.

No primeiro nível, situa-se o momento atual desencadeado pela pesquisa, ou seja, no âmbito da equipe da UTI, a EPS se propõe a integração da teoria e da prática no cotidiano de trabalho, gerando mudanças através de pequenas ações que possibilitam novas oportunidades de crescimento ao profissional e à instituição. Nessa direção, e conforme já abordado, acerca do conhecimento e da ação, a EPS surge como uma exigência na formação do sujeito, pois

requer dele novas formas de encarar o conhecimento. Portanto, é preciso “saber fazer”, interagindo e intervindo, com autonomia e capacidade de aprender constantemente. Estar atento para que os sujeitos não permaneçam como meros receptores e sim multiplicadores tornando-se membros ativos dentro do grupo a qual pertencem. (THIOLLENT, 2012).

Novas informações sobre concepções de processos e práticas podem gerar quebra de paradigmas, mudanças conceituais, de visão de mundo de trabalho, motivadas pelo reconhecimento dos limites do atual processo de trabalho e suas práticas. Com mudança de comportamento e deslocamentos de padrões, passar a ser o trabalho vivo em ato, produzindo a diferença, modificando realidades. Ensinar e aprender com disposição e abertura da gestão no cotidiano. (CECCIM, 2005a). Nessa perspectiva, o trabalhador apresenta criatividade e dinamismo para estar em constante criação e reinvenção que pode ser explorada para atingir novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas. Portanto, nos serviços de saúde, o trabalho vivo, em ato, produz bens finais que intervêm permanentemente na dupla dimensão da gestão, definindo produtos e processos de trabalho. (MERHY; FRANCO, 2003).

Essa foi a tendência observada na dinâmica das relações da equipe da UTI. Há interesse e espaço para o diálogo, portanto, outro elemento indutor estratégico para a implantação da EPS. A experiência obtida com as rodas de conversa foi reconhecida e valorizada pelos sujeitos da pesquisa, um espaço dialógico proporcionou a troca de experiências individuais e coletivas. Os trabalhadores tiveram oportunidade de voz e vez para expressar suas vivências, dúvidas, angústias, receios e expectativas. Sabe-se que ambientes como uma UTI exigem profissionais qualificados com conhecimentos, habilidades que contribuam para o cuidado e assistência complexa. Entretanto, o espaço para a escuta de seus sentimentos e opiniões é fundamental.

Deu-se início a transformação dos conceitos e concepções a respeito da EPS, criando no grupo a certeza da necessidade de mudança nos processos de trabalho bem como em suas práticas assistenciais. Outra dimensão do desafio ético político que envolve a EPS se refere a sua necessária “expansão” para as demais áreas e processos de trabalho, na interface da gestão do cuidado da UTI com as demais unidades e setores, e, até mesmo, futuramente, com as demais redes de atenção e formação em saúde internas e externas.

Portanto, a integração entre teórico-prático, ensino-serviço efetivamente acontece quando há entendimento de objetivos obtidos pelas construções coletivas, articulando ações entre os gestores, trabalhadores, docentes, discentes e usuários. A EPS é a ponte entre o ensino e os serviços, razão pela qual as ações transcendem das práticas isoladas para ações coletivas,

havendo efetivamente a integração docente assistencial. (PINTO et al.; 2015).

Essa visão de redes integradas mostra-se como um “nó crítico” para gestores, equipes e usuários, onde esses têm o seu “caminhar na rede” dificultado por falta de integração destes recursos assistenciais. (MERHY; FRANCO, 2003). Em outras palavras, a EPS é uma proposta de ação estratégica que visa transformar os processos formativos, as práticas pedagógicas de saúde e da organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. Não há possibilidade de dissociar na assistência, a atenção à saúde, a gestão vinculada aos processos de trabalho, educação e a participação dos sujeitos, ou seja, toda equipe de saúde. (SANTOS; COUTINHO, 2014).

Conclui-se salientando o caráter transformador da EPS posta em movimento nas vivências diárias e nas oportunidades de transformações. Ela oportuniza a aquisição de conhecimento, desenvolvimento de si e institucional, produz desconfortos, estranhamentos com os próprios conhecimentos e as práticas vigentes; a educação permanente interroga a capacidade de fazer avançar a descentralização, a integralidade, a participação e a própria educação na saúde, na medida em que está implicada com a realidade do sistema e das necessidades sociais. (SANTOS; COUTINHO, 2014).

Por este *caminho e caminhar*, espera-se ter contribuído com esta pesquisa, assim como com o fortalecimento de implantação da EPS no hospital militar. Os trabalhadores da instituição terão a oportunidade de qualificar seu conhecimento discutindo e buscando soluções viáveis ao atendimento aos pacientes. A EPS possibilitará o diálogo sobre o cotidiano de trabalho, suas dificuldades e suas realizações, aproximando os profissionais, os pacientes, as áreas técnicas e de apoio, oportunizando a troca de experiências e a aprendizagem coletiva.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, Simone Coelho et al. Educação permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 083-088, Mar. 2008.

ANDRADE, Selma Regina de; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 373-381, Jul. 2011.

ANTUNES CORTEZ, Elaine. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería Global**, Murcia, n. 29, p. 324-340, Jan. 2013.

ARAÚJO, Dolores; MIRANDA, Maria Claudina Gomes de; BRASIL, Sandra L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 20-31, Jun. 2007.

ARAÚJO, Enéas Lara Pereira de. **Feedback na qualidade de vida no trabalho em organizações de saúde**. In: ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS, 2., 2002, Recife. Anais... Recife: Observatório da Realidade Organizacional: PROPAD/UFPE: ANPAD, 2002. 1 CD. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/eneo2002-39.pdf>>. Acesso em 15 Fev. 2016.

BAGNATO, Maria Helena Salgado et al. Práticas educativas em saúde: da fundamentação à construção de uma disciplina curricular. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 651-656, Set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº198/GM de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde**. Rio de Janeiro. Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente** em. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12** . Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), 2012.

BRUM, Liege Machado. **A pedagogia da roda como dispositivo de educação permanente em enfermagem e a construção da integralidade do cuidado no contexto hospitalar**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, 2009.

CECCIM; Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p.259-278.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-167, Fev. 2005a.

CECCIM, Ricardo Burg. Réplica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu. v. 9, n. 16, p. 175-77, Fev. 2005b.

CECCIM, Ricardo Burg. "Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde"! O dever da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 358-361, Ago. 2007.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, Jun. 2004.

COELHO, Glória Maria Pinto et al. Educação permanente em saúde: experiência dos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 3/4, 2015.

CORREIA, Jefferson Nery; SOUZA, Mileni Francisca Gomes de. A aprendizagem baseada em problemas na promoção da educação continuada com a equipe de enfermagem. **Acta Scientiarum: Education**, v. 33, n. 2, p. 257-263, Dez. 2011.

COSTA, Raniere de Oliveira; BOSCO FILHO, João Raphael; DE MEDEIROS, Soraia Maria; DA SILVA, Maria Betania Maciel; COSTA, Julia Gomes Fernandes; CHAVES, Ana Claudia Cardozo. As rodas de conversas como ferramenta de promoção da saúde em enfermagem. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 10, 2013.

COTRIM-GUIMARÃES, Iza Manuella Aires. **Programa de educação permanente e continuada da equipe de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário**

Clemente de Faria: análise e proposições. 2009. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

DA SILVEIRA NEVES DE OLIVEIRA, Fernanda Maria do Carmo et al. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Aquichan**, Bogotá, v. 11, n. 1, Abr. 2011.

DAVINI, Maria Cristina. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-63.

DE CARVALHO, Antônio Ivo et al. **Escolas de governo e gestão por competências:** mesa-redonda de pesquisa-ação. ENAP, 2009.

DENZIN, Norman K., LINCOLN, Yvonna S. **O planejamento da pesquisa qualitativa:** teorias e abordagens. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FARAH, Beatriz Francisco. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções. **Revista de APS**, Juiz de Fora, Dez., v. 6, n. 2, p. 123-5, 2003.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Editora Paz e Terra, 2014.

FLORES, Giovana Ely. **Educação permanente e aprendizagem significativa no contexto hospitalar: a perspectiva de enfermeiras educadoras**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

GARANHANI, Mara Lúcia et al. As práticas educativas realizadas por enfermeiros da área hospitalar publicados em periódicos nacionais. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 205-212, Jun. 2009.

JESUS, Maria Cristina Pinto de et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1229-1236, Out. 2011.

LOPES, Sara Regina Souto et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Revista Comunicação Ciência & Saúde**, Distrito Federal, v. 18, n. 2, p. 147-155, Abr. 2007.

MASSAROLI, Aline; SAUPE, Rosita. Distinção Conceitual: Educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. **2º Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem - 2º SITEn**, 2008. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITEn/Arquivos/N.045.pdf>>. Acesso em 15 Fev. 2016.

MEDEIROS, Adriane Calvetti de et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 38-42, Fev. 2010.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho

centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, Dez. 2003.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. **Material produzido para a EPJV/FIOCRUZ**, 2005. Disponível em:

<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf>. Acesso em 15 Fev. 2016

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2008.

MONTANHA, Dionize; PEDUZZI, Marina. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 597-604, Set. 2010.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, Jonas Sâmí Albuquerque et al. Practice of continuous educations for nursing in helf services. **Journal of Nursing UFPE on line [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007/Impact factor: RIC: 0, 9220]**, v. 7, n. 2, p. 598-607, 2012.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; MÉIER, Marineli Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, Set. 2007.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.

PINHEIRO, Eliana Moreira; KAKEHASHI, Tereza Yoshiko; ANGELO, Margareth. O uso de filmagem em pesquisas qualitativas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 717-722, Out. 2005.

PINTO, José Reginaldo et al. Educação permanente: reflexão na prática da enfermagem hospitalar. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 155-165, Ago. 2015.

PROGIANTI, Jane Márcia; COSTA, Rafael Ferreira da. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 257-263, Abr. 2012.

QUINTANA, Pedro Brito; ROSCHKE, María Alice Clasen; RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicioensalud. In:**OPS. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos**. Organización Panamericana de La Salud, 1994.

RENOVATO, Rogério Dias. Práticas educativas em saúde: trilhas, discursos e sujeitos. 2009. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2009.

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. **Texto e Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 554-562, Set. 2010.

RICALDONI, Carlos Alberto Caciquinho; SENA, Roseni Rosângela de. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-842, Dez. 2006.

RIGON, Angelita Gastaldo. **Ações educativas de enfermeiros no contexto de unidades de internação hospitalar**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2011.

ROVERE, Mario R. Gestión de La educación permanente: Una relectura desde una perspectiva estratégica. **Educación Médica y Salud (OPS)**, Washington, v. 27, n. 4, p. 489-515, Dez. 1993.

SANTOS, Adilson Ribeiro dos; COUTINHO, Márcio Lemos. Educação permanente em saúde: construções de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista Baiana De Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 3, p. 708-724, Nov. 2014.

THIOLENT, M. A inserção da pesquisa-ação no contexto da extensão universitária. **Pesquisa participante: a partilha do saber. Aparecida: Ideias e Letras**, p. 151-65, 2006.

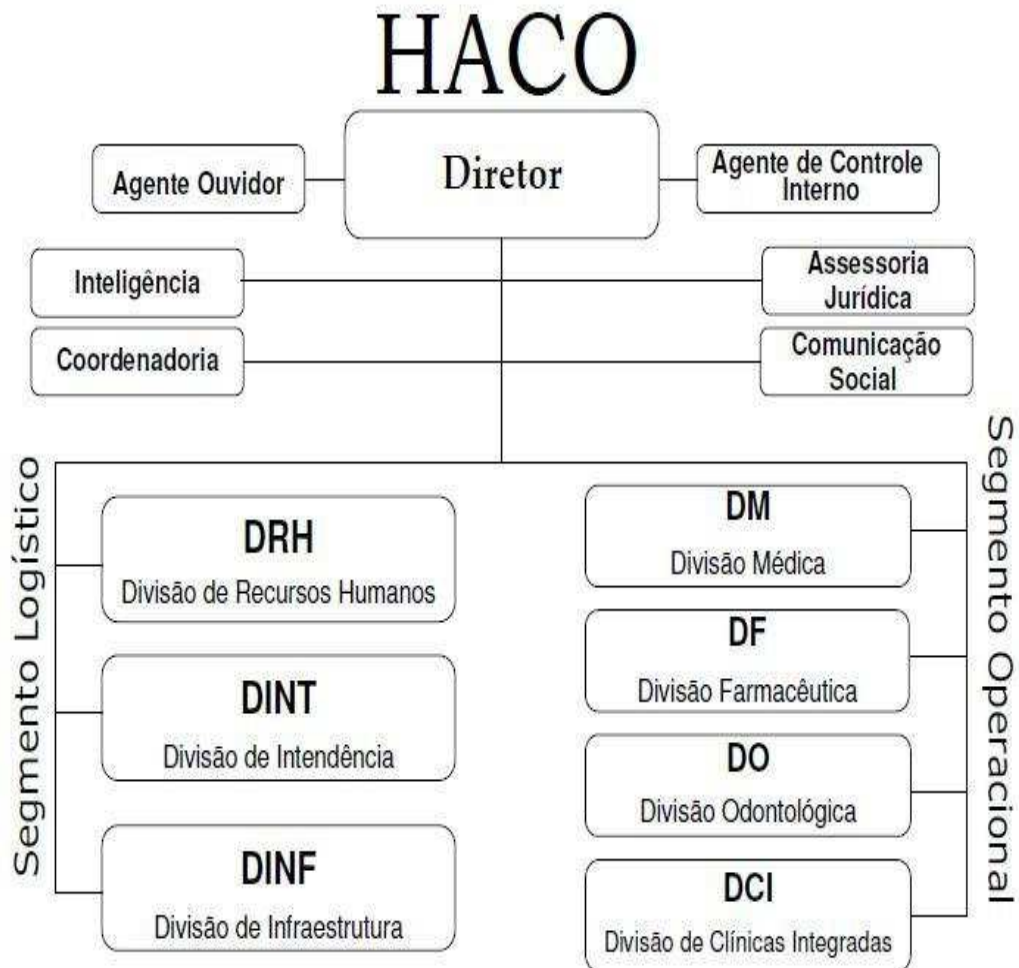
THIOLENT, Michel. A educação permanente segundo Henri Desroche. **Pro-Posições**, Campinas, v.23, n.3, p. 239-243, Dez. 2012.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, Dez. 2005.

TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto et al. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1210-1215, Dez. 2009.

VINCENT, Simone Paes. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 79-85, Mar. 2007.

ANEXO A- Organograma do Hospital Militar de Canoas



APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **"A enfermagem e o processo de educação permanente: uma proposta de pesquisa-ação"** sob-responsabilidade da pesquisadora Daniela Santarem, mestranda do curso do Mestrado Profissional em Enfermagem pela UNISINOS, sob orientação da profa. Rosangela Barbiani. Esta pesquisa tem por objetivo construir subsídios teóricos e práticos para a implantação de uma experiência de educação permanente em saúde junto à equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva no âmbito do Hospital de Aeronáutica de Canoas.

Nessa perspectiva, esse estudo irá contribuir à proposição e experimentação do processo de implantação da Educação Permanente, como política de formação em serviço junto à equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital.

Sua adesão nessa pesquisa é voluntária e consiste em participar de reuniões previamente agendadas, com duração de 1 hora e 30 minutos, durante a jornada e ambiente de trabalho. Nesses encontros, chamados de "rodas de conversa", enfermeiros e técnicos discutirão seus processos de trabalho e meios de aperfeiçoá-los. Você poderá desistir de fazer parte do estudo a qualquer momento sem prejuízos nas atividades e relações profissionais, assim como solicitar esclarecimentos de dúvidas assim que desejar.

Para evitar eventuais constrangimentos, considerados como possíveis riscos da pesquisa, surgidos das diferentes opiniões e funções durante as rodas de conversa, será firmado um acordo ético entre a pesquisadora e os participantes de respeito e sigilo sobre todos os assuntos que forem abordados durante os encontros. Além disso, a pesquisadora assumirá o completo resguardo de seu posicionamento profissional hierárquico frente às eventuais situações de trabalho que possam envolver participantes e demais instâncias.

Os benefícios relacionados com a sua participação consistem na utilização dos resultados da pesquisa como subsídio para o planejamento de medidas que visem à implantação de uma política de educação permanente no HACO, o que reverterá na melhoria do ambiente de trabalho e da qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Em caso de dúvida, você poderá procurar a pesquisadora responsável, Daniela Santarem, através do telefone: (51) 93533751, horário de atendimento: 07 horas às 13 horas, na Unidade de Terapia Intensiva, localizado no HACO, no município de Canoas, e ou através do email: danisantarem@hotmail.com

Após ser esclarecido sobre as informações acima, no caso de aceitar fazer parte do estudo assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável.

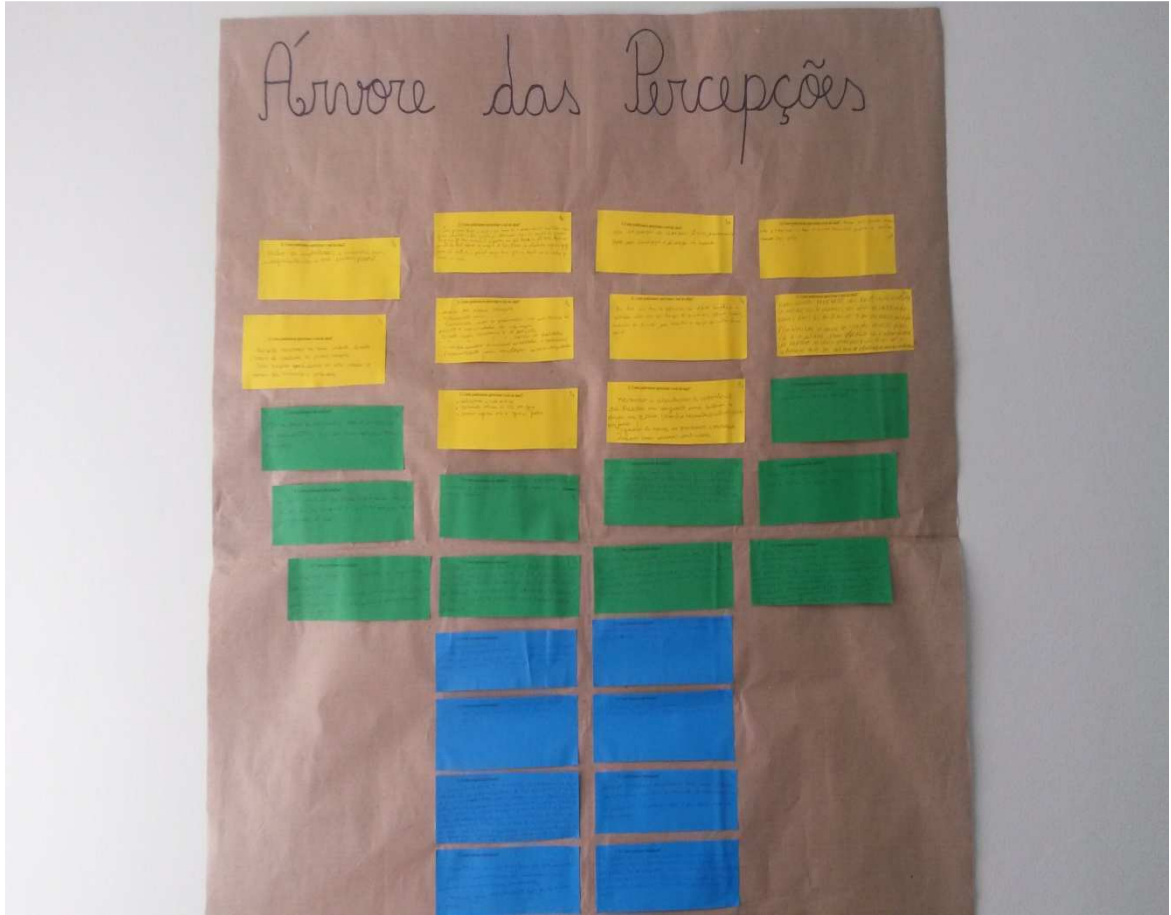
_____, ____ de _____ de 2014.

Daniela Santarem (Pesquisadora)

Assinatura do participante

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 14.1.07.14

APÊNDICE B- Árvore das Percepções



APÊNDICE C- Desafio reflexivo

Você está se preparando para atuar como facilitador de educação permanente em saúde e ao debater o processo de trabalho, pretende entrar no mundo espetacular da produção de saúde. O objetivo com esse tema é levá-lo a identificar e analisar as diversas situações de trabalho em saúde, os diferentes modos de fazer assistência aos usuários, podendo assim articular, com o gestor, as atividades relacionadas a essa importante temática.

O trabalho em saúde refere-se a um mundo complexo, diverso, criativo, dinâmico, em que cotidianamente usuários se apresentam portadores de algum problema de saúde e buscam, junto aos trabalhadores que ali estão resolvê-los. O momento do trabalho é ao mesmo tempo de encontro entre esse trabalhador e o usuário. Esse encontro é permeado pela dor, sofrimento, saberes da saúde, as experiências de vida, as práticas assistenciais, subjetividades que afetam os sujeitos trabalhadores e usuário. Há um mundo complexo a ser pesquisado que envolve, sobretudo, a produção do cuidado.

Ao executar seu trabalho, os profissionais de saúde obedecem a certa disposição física, disciplinadamente organizada, ou seja, há lugares específicos onde certos produtos são realizados. É como se, no serviço, ou seja, em certo estabelecimento de saúde, houvesse diferentes unidades de produção sendo que cada lugar tem uma missão dentro de um espectro geral de cuidado com os usuários. Tudo isso entra em movimento durante o período em que o serviço está disponível para atender às pessoas que procuram, por algum motivo, resolver ali os seus problemas de saúde.

Os trabalhadores de cada lugar executam tarefas, que se presume tenham sido previamente determinadas ou pactuadas entre eles, pois se busca uma sintonia entre os que uns fazem em determinado lugar. Há um relacionamento, no trabalho, entre todos os profissionais como funcionamento de uma “rede de conversas”, mediada pelo trabalho.

Refletindo sobre o que foi abordado, pense quais ações poderiam ser desencadeadas no serviço de saúde para possibilitar aos profissionais interrogar o sentido de suas práticas e construir mudanças amplas e cuidadoras? Que ações de EPS seriam necessárias?

