

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**Sirlene Maria de Melo**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PROCESSO DE TRABALHO DA  
ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE HOSPITALAR**

**Belo Horizonte**

**2017**

**Sirlene Maria de Melo**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PROCESSO DE TRABALHO DA  
ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

**Linha de Pesquisa:** Educação em Saúde e Enfermagem.

**Orientadoras:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Roseni Rosângela de Sena e Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Kenia Lara Silva.

**Belo Horizonte**

**2017**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do  
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Melo, Sirlene Maria de

Educação permanente no processo de trabalho da enfermagem  
em uma unidade hospitalar [manuscrito] / Sirlene Maria de Melo. -  
2017.

94 f.

Orientadoras: Profa. Dra. Roseni Rosângela de Sena e  
Profa. Dra. Kenia Lara Silva.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas  
Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Educação Permanente. 2.Processo de Trabalho. 3.Equipe de  
Assistência à Saúde. 4.Pessoal da Saúde. I.Sena, Roseni Rosângela  
de. II.Silva, Kenia Lara. III.Universidade Federal de Minas Gerais.  
Escola de Enfermagem. IV.Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Dissertação intitulada **“EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE HOSPITALAR”**, de autoria de Sirlene Maria de Melo, defendida e aprovada em 25 de janeiro de 2017, pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kenia Lara Silva  
Orientadora (EE/UFMG)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elysangêla Dittz Duarte  
(EE/UFMG)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Marília Alves  
(EE/UFMG)

À Professora Doutora Roseni Rosangela de Sena,  
*In memoriam,*  
que me recebeu como aluna, me conduziu nesse percurso,  
mostrando serem necessários estudo, dedicação, conhecimento  
e confiança para que possamos alcançar nossos objetivos.

Minha eterna gratidão  
por partilhar sua experiência de vida, sua sabedoria.

Obrigada pelo convívio, pelas orientações  
e simplesmente por sua presença.

*In memoriam.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus e Nossa Senhora, por guiar meus passos e iluminar meu caminho, colocando pessoas tão especiais ao meu lado, sem as quais certamente não teria conseguido.

À Prof. Dr<sup>a</sup>. Kenia Lara Silva, pela acolhida num momento tão singular. Obrigada pela paciência, pela orientação, disponibilidade e competência tão importantes e essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

A todos os profissionais da unidade de Clínica Médica do Hospital das Clínicas, que me receberam e participaram espontaneamente deste trabalho.

Aos membros do Núcleo de Estudo e Pesquisas sobre Ensino e Prática em Enfermagem (NUPEPE), pela construção coletiva do conhecimento.

Aos colegas de mestrado, que percorreram comigo esta trajetória de aprendizado.

Aos meus amados pais, Leonidas e Divina, que sempre estiveram ao meu lado incondicionalmente, apoiando-me, incentivando-me e, acima de tudo, acreditando em mim.

Às minhas queridas irmãs, Simone e Suely, pelo carinho, pela ajuda, pela escuta, pelo apoio, pelo amparo, pelas contribuições ao longo do caminho e principalmente pelo incentivo em continuar.

Aos meus irmãos, Silvestre, Saulo e Silésio, pelo estímulo direto ou indireto.

Ao meu sobrinho, Davi, por fazer parte da minha vida.

Ao Eduardo, companhia de vida, pela compreensão e por dividir momentos de angústia e incertezas, de alegrias e esperança.

A todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a conquista desse sonho.

*“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha,  
porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra!  
Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha  
e não nos deixa só porque deixa um pouco de si  
e leva um pouquinho de nós.  
Essa é a mais bela responsabilidade da vida  
e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso”.*

Charles Chaplin.

## RESUMO

O objetivo geral deste estudo foi analisar a educação permanente no processo de trabalho da equipe de enfermagem em uma unidade de clínica médica. Buscou-se também descrever o processo de trabalho e identificar as ações educativas realizadas e estabelecer as relações entre as ações educativas e o processo de trabalho, discutindo perspectivas e potencialidades. Para a realização do estudo, optou-se pela abordagem qualitativa e a metodologia descritivo-exploratória, com orientação teórico-metodológica da dialética. O cenário do estudo foi a unidade de clínica médica de um hospital público de ensino de Belo Horizonte, que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência. Os participantes foram oito enfermeiros e oito técnicos em enfermagem que atuam na unidade de clínica médica e um informante-chave que atua junto à coordenação de ações educativas do hospital. Os dados foram coletados por meio de duas técnicas - observação e entrevista semiestruturada - e analisados pela técnica Análise de Conteúdo Temática. Em todas as etapas do estudo foi considerada a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados indicam que o processo de trabalho no cenário do estudo é marcado por uma rotina diária com divisão de tarefas e responsabilidades entre os diferentes profissionais, mas com possibilidade de trocas e compartilhamentos de saberes e fazeres. A mecanização do cuidado, a hierarquização profissional e o distanciamento do enfermeiro da assistência direta ao paciente são aspectos desse processo de trabalho. Foi possível identificar o potencial disparador das ações no processo de trabalho que demandam educação permanente. Assim, as dúvidas, questionamentos e incertezas do trabalho em saúde estão presentes no cenário de estudo e poderiam ser utilizadas como disparadores para o processo educativo. Contudo, mesmo que os profissionais reconheçam a importância das ações educativas no contexto do trabalho, estas acontecem de maneira assistemática e orientadas pelo modelo de reprodução do conhecimento e transmissão de saberes. Assim, a educação permanente revela-se como uma proposta que se encontra na definição da instituição, mas com desafios para se concretizar na prática do trabalho em saúde. Concluiu-se que a educação permanente apresenta potencialidades intrínsecas às demandas e perspectivas do contexto hospitalar e que sua concretização deve acontecer na articulação dos saberes imprescindíveis à transformação das práticas no processo de trabalho em saúde.

**Palavras-chave:** Educação Permanente. Processo de Trabalho. Pessoal da Saúde. Equipe de Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

The general objective of this study was to analyze the permanent education in the work process of the nursing team in a medical clinic unit. It was also sought to describe the work process and identify the educational actions carried out and to establish the relationships between educational actions and the work process, discussing perspectives and potentialities. In order to carry out the study, we chose the qualitative approach and the descriptive-exploratory methodology, with a theoretical-methodological orientation of the dialectic. The study scenario was the Clinical Medical unit of a public teaching hospital in Belo Horizonte, which carries out teaching, research and assistance activities. The participants were eight nurses and eight nursing technicians who work in the Clinical Medical Unit and a key informant who works alongside the coordinating educational actions of the hospital. The data were collected through two techniques: observation and semi-structured interview and analyzed by the Thematic Content Analysis technique. At all stages of the study, Resolution 466/2012 of the National Health Council was considered. The results indicate that the work process in the study scenario is marked by a daily routine with division of tasks and responsibilities between the different professionals. With the possibility of exchanges and shares of knowledge and actions. The mechanization of care, the professional hierarchization and the distance of the nurse from the direct assistance to the patient are aspects of this work process. It was possible to identify the potential trigger of actions in the work process that demand permanent education. Thus, the doubts, questions and uncertainties of health work are present in the study scenario and could be used as triggers for the educational process. However, even if professionals recognize the importance of educational actions in the context of work, they happen in an unsystematic way and are guided by the model of reproduction of knowledge and transmission of knowledge. Thus, lifelong education reveals itself as a proposal that is found in the definition of the institution but with challenges to be achieved in the practice of health work. It was concluded that lifelong education has potential intrinsic to the demands and perspectives of the hospital context and that its concretization must take place in the articulation of the indispensable knowledge to the transformation of the practices in the work process in health.

Keywords: Permanent Education. Work Process. Health Personnel. Health Care Team.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BRIDGES	<i>Bringing Research In Diabetes to Global Environments and Systems</i>
CF	Constituição Federal
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMI	Enfermagem Materno-Infantil
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MS	Ministério da Saúde
NUGEAS	Núcleo de Pesquisa em Gestão, Educação e Avaliação em Saúde
NUPEPE	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PICC	Cateter venoso central de inserção periférica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
ProEP	Programa Municipal de Educação Permanente em Saúde
SGTES	Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMARH	Secretaria Municipal de Recursos Humanos
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UCO	Unidade Coronariana
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNIFENAS	Universidade José do Rosário Vellano
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>

## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 – Fotografia do Hospital das Clínicas – UFMG – de Belo Horizonte.....	38
FIGURA 2 – Planta observacional da unidade de Clínica Médica.....	40

## **LISTA DE QUADRO**

QUADRO 1 – Dados das entrevistas realizadas no estudo.....	45
--	----

## **LISTA DE TABELA**

TABELA 1 - Dados observacionais do estudo.....	43
--	----

# SUMÁRIO<sup>1</sup>

1 INTRODUÇÃO .....	14
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO.....	21
2.1 Processo de trabalho.....	21
2.2 Educação.....	28
2.3 Educação permanente em saúde.....	32
3 OBJETIVOS .....	34
3.1 Objetivo geral .....	34
3.2 Objetivos específicos .....	34
4 METODOLOGIA .....	35
4.1 Tipo de estudo e referencial metodológico .....	35
4.2 Cenário de estudo.....	37
4.3 Vivência em campo e produção dos dados. ....	41
4.4 Análise e interpretação dos dados.....	45
4.5 Aspectos éticos .....	47
5 RESULTADOS .....	49
5.1 Processo de trabalho: da rotina do cuidado ao compartilhamento dos saberes.....	49
5.2 Práticas educativas: demandas, apostas e desafios no contexto hospitalar.....	66
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICES E ANEXO.....	91

---

<sup>1</sup> Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009. E foi formatado de acordo com a ABNT NBR 14724 de 17.04.2015.

# 1 INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS), no contexto hospitalar, em especial em uma unidade de clínica médica, constitui temática desafiadora. O contexto que caracteriza uma unidade de internação, a diversidade de pacientes e patologias, acrescidos da demanda do serviço, tornam esse espaço propício para a realização de ações educativas direcionadas à educação permanente, uma vez que, seus princípios possibilitam a construção de conhecimentos de autonomia do sujeito.

O interesse pelo estudo sobre educação permanente em saúde surgiu a partir da minha participação no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE) e no projeto de pesquisa: “Educação permanente em saúde e os modos de pensar e fazer gestão, atenção, formação e participação no e para o Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Por meio da minha participação no NUPEPE, foi possível perceber o quanto a educação permanente em saúde é importante, principalmente por ser desenvolvida no ambiente de trabalho. Tal fato só fez crescer meu interesse pelo tema, possibilitando a reflexão sobre o mesmo e o delineamento do objeto desta pesquisa.

Mas somente minha aproximação teórica com a temática e a reflexão sobre seus desafios, não foi suficiente para aquietar minhas indagações sobre a educação permanente em saúde e suas contribuições para o desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais da equipe de enfermagem que atuam em uma unidade de clínica médica.

No contexto hospitalar, observa-se a fragilidade dos processos educativos direcionados para os profissionais responsáveis pela assistência. Destacam-se o fracionamento do cuidado, o modelo assistencial intervencionista, individualista e de medicalização, colocando-se distante das concepções da EPS. Torna-se assim fundamental a articulação dos saberes entre as áreas profissionais com ênfase no diálogo entre profissionais, população e serviço (TRONCHIN *et al.*, 2009). Desse modo, o pensamento que sustenta determinadas práticas não é o mesmo que orienta a EPS, bem como o que se espera das ações educativas embasadas na EPS é a possibilidade de transformação dessa realidade e do próprio sujeito inserido nesse contexto.

O Sistema Único de Saúde (SUS), inscrito na Constituição Federal de 1988, é uma política brasileira que objetiva a inclusão social. O SUS possibilitou muitas mudanças nas

práticas de saúde, bem como na formação e no desenvolvimento dos profissionais, ou seja, é preciso mudar os modos de ensinar e aprender (BRASIL, 2005).

Considerando a amplitude e a dimensão que o SUS possui, os processos educacionais de saúde ocupam lugar privilegiado para o ensino e a aprendizagem, especialmente na área assistencial. Nesse contexto, encontra-se a educação permanente em saúde (EPS). Trata-se de uma política do Ministério da Saúde (MS) que possui como pressuposto a educação no e para o trabalho, elaborada como um instrumento com potencial para transformar a realidade do profissional de saúde (MICCAS; BATISTA, 2014).

A EPS possibilita ao mesmo tempo o desenvolvimento dos profissionais de saúde e também das instituições. Além disso, essa política “reforça 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” (BRASIL, 2005, p. 08).

Por meio do Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003, criou-se a Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com a responsabilidade de formulação de políticas públicas orientadoras, da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores na área da saúde e da participação social. Cabe ressaltar, entre outras, a responsabilidade da SGTES de motivar e propor a mudança técnica do nível médio, da graduação e da pós-graduação; fomentar a educação permanente (EP) dos trabalhadores da saúde, a partir das necessidades de saúde da população e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A SGTES se estrutura em dois departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) (BRASIL, 2012).

A formulação de políticas da formação, desenvolvimento profissional, a educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade e a capacitação de profissionais de outras áreas da saúde, dos movimentos sociais e da população é responsabilidade do DEGES, que atua favorecendo a articulação intersetorial, incentivando a participação e o controle social no setor saúde; a interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para formação da consciência sanitária (BRASIL, 2012). No decorrer do ano de 2003, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída e aprovada por meio da Resolução 335 de 27 de novembro.

Com o objetivo de construir uma política de valorização do trabalhador do SUS, o MS propôs a EPS como importante estratégia para mudança das práticas de: formação, atenção, gestão e de saúde. Desse modo, foi aprovada a Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde (PNEPS) por meio da Portaria GM/MS nº 198 em fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004; SILVA *et al.*, 2014).

Algumas mudanças para o eixo locorregional da PNEPS foram indicadas por meio da Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006). Pode-se destacar a ênfase em considerar a PNEPS como parte essencial de um projeto de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS e que possibilite inovar o ensino com diferentes metodologias e técnicas de aprendizagem (BRASIL, 2006).

A PNEPS foi reafirmada pelo MS por meio da Portaria nº1.996, de 20 de agosto de 2007, que determinou novas diretrizes e estratégias para sua implementação, adaptando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. A nova portaria instituiu a criação de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Estas são definidas como instâncias interinstitucionais e regionais para a cogestão da PNEPS, dirigidas pelo plano de ação regional para a área da educação na saúde, com a criação de projetos de mudança na formação, na educação técnica, na graduação e na pós-graduação, assim como no desenvolvimento dos trabalhadores para a reorganização dos serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Em 2014, o MS instituiu novas diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio da Portaria nº 278, considerando a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS, de 2003, orientada pela valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2014).

O intuito da PNEPS é promover valorização individual e participação ativa dos trabalhadores e reforçar o que foi proposto na política de 2004 e de 2007, avançando na questão da valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção em saúde, sua autonomia, corresponsabilidade, fortalecimento de vínculos e gestão coletiva da EPS (BRASIL, 2014).

Farah (2003, p.2) enfatiza que, com a regulamentação do SUS por meio da Lei 8080/90 e para atender ao art. 200, que regulamenta “que é função dos municípios ordenar e formar os recursos humanos”, cabe aos municípios a responsabilidade pela capacitação de seus profissionais conforme as diretrizes e os princípios do SUS para operarem no modelo assistencial de saúde proposto (BRASIL, 1990).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p.35), é responsabilidade de todo município:

Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento.

Assim, é dever do município assegurar os serviços de atenção básica à saúde e prestar serviços em sua localidade, com a parceria dos governos federal e estadual. Cabe às prefeituras criar políticas de saúde e colaborar com a aplicação das políticas estaduais e nacionais, aplicando no mínimo 15% de seus recursos próprios e fazendo uso dos recursos repassados pelo estado e pela União (BRASIL, 2014).

No ano de 2016, foram definidas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o município de Belo Horizonte – MG, por meio da Portaria Conjunta Secretaria Municipal de Saúde/Secretaria Municipal de Recursos Humanos (SMSA/SMARH) nº 0001/2016, devendo-se:

Considerar as especificidades locorregionais, visando superar as desigualdades territoriais, atender às necessidades de qualificação e desenvolvimento de competências necessárias ao trabalho em saúde e contribuindo para alcance da excelência no cuidado em saúde na Secretaria Municipal de Saúde-Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2016).

São as diretrizes da PNEPS propostas para o município de Belo Horizonte:

- a) ser fundamentada nos princípios do SUS, na Política Nacional de Humanização do SUS, na Política Nacional de Educação Popular em Saúde e na Política Nacional de Promoção da Saúde;
- b) utilizar metodologias ativas de ensino que valorizem a prática cotidiana em que o aprender e ensinar se incorporem aos processos de trabalho, buscando a excelência no cuidado em saúde e fortalecendo o compromisso dos trabalhadores com o seu fazer e com a população;
- c) elaborar o Programa Municipal de Educação Permanente em Saúde (ProEP) direcionado por ações educativas que respondem pelas lacunas de aprendizagem dos trabalhadores, mediante as competências necessárias dos mesmos, para sua prática cotidiana do trabalho, considerando a territorialização com suas condições de saúde, sejam elas locais, distritais ou municipais. O ProEP deverá estar alinhado à Política Municipal de Desenvolvimento dos Servidores;

- d) considerar a gestão do conhecimento constitutiva da Política Municipal de Educação Permanente, à medida que incentiva e induz a elaboração, inovação, captação, sistematização e arquivamento do conhecimento, além da disseminação e divulgação do mesmo, com suporte científico baseado nas melhores evidências e por meio dos processos educacionais;
- e) contribuir para a formação dos futuros profissionais da saúde, de forma que o Projeto Político Pedagógico e, respectivamente, os conteúdos programáticos das Residências em Saúde da SMSA-BH sejam alinhados ao Programa Municipal de Educação Permanente da SMSA-BH.

A EPS tem seu significado definido pelo Ministério da Saúde no “Glossário Temático: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde”, como:

Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2012, p. 22).

A proposta pedagógica utilizada na EP precisa considerar os profissionais como sujeitos de um processo de construção social de saberes e práticas, desenvolvendo-os para serem sujeitos dos seus próprios processos de constituição no decorrer de toda a sua vida (PEIXOTO *et al.*, 2013a). Desse modo, a educação necessitará acontecer sobre o processo de trabalho, sendo realizada principalmente no próprio trabalho, conceituada e monitorada pelos profissionais (PEIXOTO *et al.*, 2013b).

Quando se aborda o tema educação permanente em saúde, deve-se entender que não se trata da passagem de um estado de desconhecimento para um de conhecimento, não é exatamente a transmissão de saberes, não é uma metodologia que se esgota e possa ser demonstrada por meio da obtenção de habilidade ou informação (CECCIM, 2005). A EPS reconhece o valor da educação por meio do trabalho, que passa a ser compreendido como um espaço de reflexão e diálogo adequado para promover mudanças e possibilitar a integralidade da saúde (PEDUZZI *et al.*, 2009).

Conforme abordado por Merhy (2005), todo processo que esteja comprometido com as questões da EP precisa possuir força de provocar no trabalhador, no seu dia a dia de

produção do cuidado em saúde, mudanças da sua prática, o que instigaria a força de produzir, habilidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações.

A educação permanente propicia a reflexão crítica sobre o processo de trabalho, com base no processo de formação dos profissionais da área da saúde, uma vez que, as situações cotidianas vivenciadas durante o exercício do trabalho podem se transformar em experiências de aprendizagem importantes, capazes de influenciar na qualidade do atendimento proporcionado tanto ao indivíduo quanto à coletividade (STROSCHEIN; ZOCCHÉ, 2012).

O trabalho e a educação compõem atividades realizadas pelo ser humano, que envolvem um processo crítico essencial para o sujeito desenvolver-se social, ética, política e economicamente. Assim, torna-se evidente que o trabalho e o profissional que o desempenha sejam valorizados, além da necessidade do uso de estratégias que possibilitem a mudança na prática, destacando-se como necessários o diálogo e a participação de todos os envolvidos no processo educativo (PEIXOTO *et al.*, 2015).

A educação permanente para os profissionais da área de saúde é considerada uma estratégia recomendada para a viabilização dos processos educativos em serviço, sendo entendida como elemento fundamental na organização da atenção à saúde, na medida em que possibilita que os profissionais reflitam sobre o processo de trabalho em que estão inseridos (FARAH, 2006).

Segundo Rovere (1994, p. 9), a EPS emerge como estratégia de qualificação profissional e da atenção, pois se apresenta como "a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população".

O processo de trabalho pode ser definido como a transformação de um objeto determinado em um produto determinado, de forma que isso acontece pela intervenção humana, que necessita de instrumentos para realizar essa ação (SANNA, 2007). Então, o trabalho é aquilo que o ser humano faz consciente e intencionalmente com a finalidade de produção de produtos ou serviços que sejam valorizados pelo próprio ser humano (SANNA, 2007).

No ambiente hospitalar, torna-se fundamental a elaboração de processos de EP para a realização de ações que possam ser aplicadas em serviço e possibilitem o desenvolvimento do profissional, bem como incentivar a educação, considerando as necessidades pessoais e as experiências individuais (PEIXOTO *et al.*, 2015).

A presente pesquisa considera como problema que no contexto hospitalar permeia a fragilidade dos processos educativos direcionados para os profissionais responsáveis pela

assistência, destacando-se o fracionamento do cuidado, o modelo intervencionista, individualista e de medicalização, colocando-se distante das concepções de EPS. Parte-se da reflexão de que o processo de trabalho tenha a potencialidade de transformar a gestão, a atenção, a educação e o controle social no âmbito hospitalar, quando utilizadas as diretrizes da EPS.

Desse modo, delimita-se como questão norteadora deste estudo: como a EPS se insere no processo de trabalho repercutindo em mudanças nas práticas assistenciais de uma unidade de clínica médica de um hospital público de ensino?

Pressupõe-se que a EPS decorre de ações pautadas no diálogo e na reflexão crítica em que os profissionais de saúde são instigados a se colocarem ética, social e politicamente diante de questões que os beneficiem individual e coletivamente, além de favorecer o crescimento institucional.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO

O marco teórico do presente estudo está estruturado em três categorias analíticas propostas para elucidar o contexto e o objeto apresentados nesta investigação: processo de trabalho, educação e educação permanente em saúde.

Para Minayo (2014, p. 178), as categorias analíticas são “as que retêm, historicamente, as relações sociais fundamentais, servindo como guias teóricos e balizas para o conhecimento de um objeto nos seus aspectos gerais”.

### 2.1 Processo de trabalho

O trabalho, na perspectiva de Karl Marx, pode ser entendido como um processo de participação entre o homem e a natureza. Há nessa relação uma troca constante, na qual o homem coloca em movimento suas forças, com o objetivo de relacionar-se com os recursos naturais, transformando-se e transformando esses recursos. A finalidade é a satisfação de suas necessidades, com a possibilidade de modificar o cenário no qual está inserido (SAMPAIO; VILELA; PIRES, 2012).

Dessa forma, pode-se entender que trabalho é uma atividade exclusivamente humana, de transformação do contexto na busca de satisfazer necessidades, que envolve sujeitos e objeto; e que processo é a ação de avançar com o propósito de atingir uma meta, um objetivo (SAMPAIO; VILELA; PIRES, 2012).

O entendimento de trabalho como um processo é decorrente da teoria marxista, que o observa como transformação da matéria pela mão do ser humano num processo contínuo e dinâmico em que ambos sofrem alterações (SANNA, 2007).

Para Merhy e Franco (2008, p. 427), “toda atividade humana é um ato produtivo, modifica alguma coisa e produz algo novo”. No ato do trabalho, o ser humano transforma a natureza e, concomitantemente, modifica a si próprio, modificando também sua maneira de pensar e agir no mundo.

Faz-se importante considerar e definir alguns dos componentes do processo de trabalho, que foram abordados sob a perspectiva da autora, para melhor entendê-lo (SANNA, 2007):

- a) **Objeto:** é aquilo sobre o que se trabalha, isto é, algo vindo da natureza, que pode ou não ter sofrido modificações de outros processos de trabalho, mas que mantém sua peculiaridade de produto ou serviço a ser transformado pela ação humana. Dessa forma, a matéria manuseada ou observada sem o objetivo de ser transformada não é um objeto de trabalho, porque não é considerada para esse fim. Podem-se definir os indivíduos que querem aprender como objeto de trabalho do ensino, porque eles serão envolvidos nesse processo de trabalho como alguém que vai aprender alguma coisa e que, conseqüentemente, será modificado por esse aprendizado.
- b) **Agentes:** são os seres humanos que transformam a natureza, isto é, aqueles que são capazes de realizar intervenções num objeto alterando-o com o objetivo de produzir um artefato ou um serviço. O agente é definido como aquele que realiza o trabalho, sendo produtor e/ou consumidor daquele trabalho, mas pode também produzir para outro ser humano consumir, com a possibilidade de estabelecer o mercado de trocas pela valorização do seu trabalho.
- c) **Instrumentos:** são utilizados pelo ser humano para alterar a natureza. Não se pode considerar apenas artefatos físicos, pois há instrumentos que não são tangíveis, como o conhecimento, habilidades, experiências e atitudes, combinados de maneira única para atender a determinada necessidade, em que o sujeito e a situação é que determinam como o trabalho será realizado. O produto de trabalho de um ser humano pode ser o instrumento de trabalho dele mesmo ou de outro ser humano em momentos distintos.
- d) **Finalidades:** é a razão pela qual o trabalho é realizado. A finalidade do trabalho origina-se da necessidade que o faz acontecer e que define o motivo de sua existência. Se um trabalho é realizado sem a consciência da necessidade humana que o gerou, não pode ser definido como trabalho. Por ser muito complexo, o trabalho em saúde é compartilhado por vários agentes; os instrumentos de trabalho podem ser os mesmos para diferentes profissionais, a finalidade e o objeto a ser transformado podem ser os mesmos, mas os métodos sempre serão diferentes.
- e) **Métodos:** são ações organizadas, executadas pelos agentes sobre os objetos de trabalho, utilizando instrumentos selecionados, com o objetivo de produzir o bem ou o serviço que se deseja conseguir. Trata-se uma ação planejada e controlada, voltada para um objeto específico, que precisará produzir um resultado que o agente imaginou anteriormente.

- f) **Produtos:** podem ser bens tangíveis, como artefatos, elementos materiais que se possa contemplar com os órgãos dos sentidos ou serviços, que possam ser percebidos pelo efeito que causam.

Segundo Gonçalves (1994), o processo de trabalho pode ser entendido como um conjunto de saberes, instrumentos e meios, em que os sujeitos são os profissionais que, para produzir serviços, se organizam para que a prestação da assistência individual e coletiva resulte em produtos decorrentes dessa prática.

Antunes (2015) salienta que as transformações provocadas pela fragmentação do trabalho foram intensas, partindo de uma dinâmica interna, associada a ritmos de produção cada vez mais intensos devido à extensão da jornada de trabalho. E daí emerge um processo de reestruturação produtiva mesmo com a predominância em vários ramos e setores da herança fordista.

Como inerente à natureza humana, é uma característica marcante da humanidade a reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e suas transformações com o passar do tempo, compondo uma parte importante no processo de desenvolvimento humano. Dessa forma, entende-se que os objetivos dos processos de trabalho são definidos por subjetividades, em que a construção do conhecimento e de novas capacidades é elemento importante no desenvolvimento do processo de trabalho (FARIA *et al.*, 2009).

Desse modo, o processo de trabalho caracteriza-se como:

A atividade do homem opera uma transformação subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto. O produto é um valor-de-uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma. O trabalho está incorporado ao objeto sobre que atuou. Concretizou-se e a matéria está trabalhada (GADOTTI, 1997, p. 45-46).

O trabalho é considerado em sua amplitude como inesgotável e duradouro, caracterizado com meio de valorização do próprio ser humano que o executa num cenário no qual permeia a desvalorização dos saberes, a inabilidade de competências e o desemprego. E caracteriza-se em um cenário contraditório e crítico no qual o grande desafio é dar sentido ao trabalho, à vida numa concepção humanamente desenvolvida (ANTUNES, 2008).

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto, o indivíduo ou um grupo de pessoas saudáveis ou doentes; a conduta como instrumento de trabalho, o saber em saúde; e como produto final a prestação da assistência à saúde que é produzida e ao mesmo tempo consumida (SAMPAIO; VILELA; PIRES, 2012).

Pode-se compreender que:

[...] trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade (PIRES, 2000, p. 255).

De acordo com Sampaio, Vilela e Pires (2012), o processo de trabalho em saúde tem o intuito de viabilizar recursos para a realização da prestação de um processo assistencial dinâmico, que atenda as necessidades de saúde de determinada clientela. Desse modo, é possível concluir que o trabalho em saúde inicia-se no momento em que o homem busca respostas para as suas necessidades de saúde, que se modificam conforme a sociedade e os distintos períodos históricos (SAMPAIO; VILELA; PIRES, 2012).

Na abordagem do processo de trabalho no contexto hospitalar, evidencia-se a concepção apresentada por Matos e Pires (2006, p.511), na qual “a organização do trabalho e o gerenciamento no setor saúde, especialmente no ambiente hospitalar, sofrem, até hoje, forte influência do modelo taylorista/fordista, da administração clássica e do modelo burocrático”.

Frederick W. Taylor (1856-1915) deu início à teoria da administração científica, a qual se “fundamenta na aplicação de métodos da ciência positiva, racional e metódica aos problemas administrativos, a fim de alcançar a máxima produtividade”. Objetivando aumento da produtividade, foram propostos “métodos e sistemas de racionalização do trabalho e disciplina do conhecimento operário, colocando-o sob comando da gerência; a seleção rigorosa dos mais aptos para realizar as tarefas; a fragmentação e hierarquização do trabalho”. Foram realizados investimentos nos estudos de tempos e movimentos para aprimorar a eficiência do trabalhador, além de propor a divisão de atividades mais complexas em partes, iniciando-se assim a fragmentação do trabalho (MATOS; PIRES, 2006, p.509).

Utilizando os princípios desenvolvidos pelo taylorismo, Henry Ford, em 1913, aplicou a tecnologia da linha de montagem na fabricação de automóveis, envolvendo o uso de máquinas e ferramentas especializadas, de uma linha de montagem com esteira rolante, além de aumentar a divisão do trabalho. O modelo taylorista/fordista espalhou-se pelo mundo, influenciando profundamente os ramos da produção (MATOS; PIRES, 2006).

Atualmente, as instituições hospitalares são consideradas impermeáveis a mudanças, sobretudo pelo baixo grau de interação entre profissões e departamentos, pela fragmentação da prática clínica, pelo alto grau de subordinação dos usuários aos serviços e pouca atuação dos gestores (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Percebe-se a organização do trabalho influenciada pelo modelo fragmentado, no qual o profissional realiza suas ações sem integração com profissionais de outras áreas. Esse fato tem sido considerado o motivo principal para a não realização de um trabalho de qualidade, tanto para aqueles que o desenvolvem quanto para aqueles que fazem uso do serviço. Importante mencionar que o trabalho em saúde é realizado por seres humanos para seres humanos, ultrapassando os limites de uma única profissão (SOUZA *et al.*, 2010). Nesse entendimento, evidencia-se que no trabalho em saúde o homem é sujeito e objeto.

Pires (2009, p.743) ressalta a relação entre os sujeitos no trabalho em saúde:

O cuidador – sua subjetividade, história, direitos, necessidades, relações com os demais participantes do trabalho coletivo, concepção cultural-profissional de saúde; e o sujeito cuidado – suas necessidades e concepções culturais de saúde. Estas expectativas e interesses podem aproximar-se, potencializando a perspectiva do cuidado “de si e do outro” ou distanciar-se gerando conflitos.

Desse modo, o trabalho em saúde é determinado por necessidades relacionadas à saúde, tendo como produto final o consumo da própria assistência gerada, bem como essa assistência profissional em saúde é realizada, no âmbito público ou privado, na esfera hospitalar ou ambulatorial por profissionais de diversas áreas (PIRES, 2009).

Autores destacam que o trabalho em saúde é realizado por meio de alguma ação terapêutica, sendo definido pela necessidade do sujeito quando este busca o serviço, mas essa necessidade não se institui unilateralmente, uma vez que as necessidades dos usuários do serviço, dos trabalhadores e da instituição estão envolvidas (MATOS; PIRES; SOUZA, 2010).

Quando se aborda os elementos do processo terapêutico do trabalho em saúde, remete-se ao trabalho vivo, identificado por: tecnologias leves entendidas como as

tecnologias das relações que visam construir o conhecimento para garantir a autonomia do usuário; as tecnologias leves-duras, como os saberes envolvidos no processo de trabalho em saúde; e as tecnologias duras formadas por equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais (SAMPAIO; VILELA; PIRES, 2012).

O desenvolvimento tecnológico e a especialização sempre influenciaram a organização do trabalho em saúde. E com o crescente uso de máquinas, medicamentos e equipamentos utilizados no diagnóstico e no tratamento dos problemas de saúde, ressalta-se diminuição do contato intersubjetivo entre paciente e profissional, inerente ao processo do cuidado em saúde. Nesse caso, o vínculo e as necessidades das pessoas são por vezes substituídos por procedimentos, perdendo-se a essência do cuidado (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Nascimento (2013, p. 14) refere que “o trabalho em saúde é produzido mediante o trabalho vivo, apresentando-se como o trabalho humano no exato momento em que é executado e que vai determinar a produção do cuidado”.

Pode-se dizer, de acordo com Pires (2000, p. 255), que o processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como elementos constitutivos:

- a) a finalidade: a ação terapêutica de saúde;
- b) o objeto: caracteriza-se pelo indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças;
- c) o instrumental de trabalho: são os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento, que é o saber em saúde;
- d) o produto final: é a própria prestação da assistência à saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida

No trabalho desenvolvido pela enfermagem é possível observar uma divisão na qualos profissionais de nível médio (técnicos de enfermagem) realizam as tarefas assistenciais e os enfermeiros executam as ações de gerenciamento do cuidado e gerenciamento da unidade. O processo de trabalho da enfermagem “particulariza-se em uma rede ou subprocessos que são denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar”, em que cada processo possui elementos próprios: objeto, instrumentos ou meios e atividade, expressando a divisão técnica e social do trabalho (GEROLIN; CUNHA, 2013, p. 37).

Destacam-se as considerações de Peduzzi *et al.* (2013, p. 978) acerca da mudança de perfil epidemiológico:

As mudanças de perfil epidemiológico, com o aumento da expectativa de vida e das condições crônicas de saúde que requerem acompanhamento prolongado, trazem a necessidade de uma abordagem integral que contemple as múltiplas dimensões das necessidades de saúde de usuários e população.

De acordo com Takahashi e Castro (2008), as instituições hospitalares preocupam-se em não somente eleger o homem certo para o desempenho da função, mas sim um profissional capacitado e habilitado, capaz de interagir de maneira harmoniosa na esfera coletiva, por meio de atividades de treinamento coerentes e contemporâneas, de modo a influenciar essas instituições positivamente.

O trabalho em saúde é considerado um trabalho coletivo realizado por profissionais de diversas áreas da saúde e por profissionais capacitados para desempenhar várias funções essenciais para a conservação da estrutura institucional. E cada grupo de profissionais se organiza para realizar parte da assistência de saúde, dominando conhecimentos específicos exigidos para o desempenho de suas atividades (PIRES, 2000).

Nas organizações hospitalares, o cuidado prestado aos pacientes depende de vários profissionais, sejam eles denominados colaboradores, funcionários ou trabalhadores. Para as pessoas que se dirigem a essas instituições em busca de cuidado, o importante é ter a segurança de que na prestação do serviço todos sabem o que fazer, uma vez que a imagem que os meios de comunicação passam é a de um lugar onde os profissionais são todos bem-sucedidos, os problemas de saúde são resolvidos salvando-se vidas e os pacientes ficam sempre satisfeitos e gratos (MALIK, 2012).

Ainda no contexto hospitalar, torna-se necessário salientar que são pessoas cuidando de pessoas e a cultura organizacional, a rotina do serviço e os interesses são insuficientes para assegurar a qualidade assistencial e a segurança. Conseqüentemente, todo o processo do cuidado depende do relacionamento e do posicionamento das organizações bem como da comunicação e expectativas entre os diferentes grupos atuantes (MALIK, 2012).

Desse modo, compreende-se o processo de trabalho em saúde na sua complexidade sendo realizado e consumido ao mesmo tempo, envolvendo seus atores numa realidade que pode ser transformada em qualquer tempo.

Lorenzetti *et al.* (2014, p.423) enfatizam que “o trabalho em saúde é muito especial e deve ser tratado no nível de expectativa, relevância e magnitude que a saúde representa para as pessoas”

## 2.2 Educação

Ao longo da história, muitas escolas surgiram e desapareceram. Vários filósofos, pensadores, intelectuais e professores divergiram e discutiram o destino da educação em suas cidades, estados, países e no mundo. Ressalta-se que o assunto “educação” vem à pauta há muitos anos e, durante esse período, ideias novas, projetos, conjecturas, modelos, experiências fizeram parte do cotidiano de inúmeras crianças, adolescentes e adultos. Por se tratar de um tema tão amplo e complexo e sem a intenção de esgotá-lo, faz-se importante mencionar, por meio de vários autores, a evolução da educação ao longo da história.

Todo professor no seu ofício de educar trabalha sob a influência de algum pensador, mesmo se não conhece sua obra. Tal fato se torna evidente na maneira como suas ideias são incorporadas à prática pedagógica, à organização do sistema escolar, ao conteúdo dos livros didáticos e no currículo docente (FERRARI, 2008).

Desde a Grécia Antiga, Sócrates (469-399 a.C.) buscava o conhecimento a partir do pressuposto “só sei que nada sei”. Assim, surgiam diálogos que buscavam o verdadeiro saber. Para seu discípulo Platão (427-347 a.C.), há uma dialética que elevará a alma às ideias únicas e inabaláveis. Platão fundou uma escola denominada Academia. Aristóteles (384-322 a.C.), discípulo de Platão, definiu a ciência como conhecimento verdadeiro, como meio para se compreender a natureza e superar possíveis enganos (ARANHA; MARTINS, 2003, p.121-123).

No século XX, na Europa Ocidental, a educação adquiriu uma função reguladora das diferenças e assumiu o compromisso e a missão de educar. Nesse cenário, surgiram vários pensadores críticos e questionadores do papel da escola, da organização do conhecimento e das noções de inteligência, entre eles se destacam os franceses Edgar Morin, Pierre Bourdieu (1930-2002) e Michel Foucault (1926-1984) (FERRARI, 2008).

Para Morin (2000, p. 61), “a educação deveria mostrar e ilustrar o destino multifacetado do humano: o destino da espécie humana, o destino individual, o destino social, o destino histórico, todos entrelaçados e inseparáveis”.

Bourdieu defendia a escola pública e gratuita como resolução para o problema da educação, na qual todos teriam a mesma oportunidade de conhecimento e os indivíduos se destacariam por seus dons individuais, levando-os a prosseguir em suas carreiras escolares e a ocuparem cargos superiores na sociedade (NOGUEIRA; NOGUEIRA, 2002).

No Brasil sobressaiu-se o educador Paulo Freire (1921-1997). Seu pensamento é considerado um modelo de transdisciplinaridade e o mesmo obteve reconhecimento internacional defendendo um método centrado na necessidade de consciência social e na importância do "outro". Também defendia a ideia da educação como prática da liberdade (GADOTTI, 2001).

Segundo Werthein e Cunha (2000), o relatório Faure, elaborado para a *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), em 1972, ressalta que o pressuposto biológico e filosófico de que o homem é um ser inacabado obriga-o a “aprender constantemente para sobreviver e evoluir” (WERTHEIN; CUNHA, 2000, p. 15). O mesmo relatório traz ainda como princípio que “o fim da educação é permitir ao homem ser ele próprio vir a ser” e foi considerado um importante ponto de mudança para o processo evolutivo da educação em inúmeros países (WERTHEIN; CUNHA, 2000, p. 17).

Atualmente, praticamente todos os países do mundo exibem em seus ordenamentos legais a garantia ao acesso à educação básica a seus cidadãos (CURY, 2002). De acordo com esse autor, são inúmeros os documentos assinados pelos países que compõem a Organização das Nações Unidas (ONU) garantindo esse direito. Entre eles, vale citar o art. XXVI da Declaração dos Direitos Humanos de 1948, a Convenção Relativa à Luta contra a Discriminação no Campo do Ensino, de 1960, e o art. 13 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966, que também enfatizam a importância da educação para a sociedade (CURY, 2002).

Na Declaração Mundial sobre Educação para Todos, realizada na Conferência de Jomtien – Tailândia, em 1990, com a participação dos países mais populosos do mundo, destacou-se novamente a afirmação de que "toda pessoa tem direito à educação" (CURY, 2002).

A Constituição Federal (CF) de 1988 traz em seu art. 205 que “a educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Define, ainda, por meio do art. 211, que “a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios organizarão em regime de colaboração seus sistemas de ensino” (BRASIL, 1988).

No Brasil, a educação básica é o início do processo educacional, compreendido pela educação infantil, pelo ensino fundamental e pelo ensino médio. E tem como objetivo assegurar ao aluno a formação necessária para o exercício da cidadania, além de fornecer meios para o progresso no trabalho e uma possível sequência nos estudos, contribuindo para a redução das desigualdades sociais (BRASIL, 2013a).

Conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a educação “abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais”. Define também que “a educação escolar deverá vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social” e “tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (BRASIL, 1996).

De acordo com o Ministério da Educação (2013a), para que esse objetivo seja alcançado, é importante considerar os princípios da equidade, da valorização da diversidade, dos direitos humanos, da gestão democrática do ensino público, da garantia de padrão de qualidade, da acessibilidade, da igualdade de condições para o acesso e permanência do aluno na escola.

Entre vários educadores brasileiros, destaca-se Teixeira (1900-1971), considerado o idealizador das mudanças na educação brasileira no século XX. Defendeu a implantação de escolas públicas para que todos pudessem ter acesso à educação gratuita. Esse educador se inspirava na filosofia de John Dewey (1852-1952), de quem foi aluno e compreendia que a educação seria a constante reconstrução da experiência vivenciada (FERRARI, 2008).

Para Teixeira, o ato de aprender envolvia primeiramente a memorização, passando-se à compreensão e, por fim, a expressar o que foi ensinado e depois ganhar um modo de agir. Só se aprende quando se assimila, de forma que quando chegar o momento exato saiba-se agir de acordo com o que foi aprendido (FERRARI, 2008).

Teixeira considera a educação “como o processo de reconstrução e reorganização da experiência, pelo qual lhe percebemos mais agudamente o sentido, e com isso nos habilitamos a melhor dirigir o curso de nossas experiências futuras” (TEIXEIRA, 1985, p.116).

Desse modo, esse pensador define que:

Educar-se é crescer, não já no sentido puramente fisiológico, mas no sentido espiritual, no sentido humano, no sentido de uma vida cada vez mais larga, mais rica e mais bela, em um mundo cada vez mais adaptado, mais propício, mais benfazejo para o homem (TEIXEIRA, 1985, p. 116).

O mundo em constante transformação requer que o homem seja consciente e esteja bem preparado para solucionar seus próprios problemas mediante a revolução da vida atual seguida por três eixos: intelectual, pelo desenvolvimento das ciências; industrial, pelo alcance da tecnologia; e social, pela democracia. Segundo Teixeira, essa compreensão exige uma educação em constante transformação e em permanente reconstrução (FERRARI, 2008).

Delors (2010, p.31,32) apresenta em seu relatório elaborado para a UNESCO – *“Educação: um tesouro a descobrir”* – que a educação no decorrer da vida fundamenta-se em quatro pilares:

- a) o primeiro pilar compreende “aprender a conhecer”, ou seja, “aprender a aprender, para beneficiar-se das oportunidades oferecidas pela educação ao longo da vida”;
- b) o segundo pilar, “aprender a fazer”, destaca “a competência que torna a pessoa apta a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe”, valorizando o “desenvolvimento do ensino alternado com o trabalho”;
- c) o terceiro pilar corresponde a “aprender a conviver”, que consiste em desenvolver a compreensão do outro e a “percepção das interdependências”, objetivando a realização de projetos comuns e a preparação para gerenciar conflitos;
- d) o quarto pilar, “aprender a ser”, “para desenvolver, o melhor possível, a personalidade e estar em condições de agir com uma capacidade cada vez maior de autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal”.

Esse autor propõe a “sociedade educativa”, em que o contexto pode ser repleto de oportunidades para a aprendizagem e para o desenvolvimento de talentos.

Ao relacionarmos educação e saúde, várias nomenclaturas acompanham o termo educação, destacando-se, entre elas, a educação continuada. Esta é caracterizada por representar uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centrado na atualização de conhecimentos, na maioria das vezes estabelecido como uma abordagem disciplinar, em um ambiente didático, objetivando a atualização de normas e procedimentos. Entretanto, contrariando esse conceito, o enfoque da educação permanente representa importante mudança na compreensão e nas práticas de formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2009, p. 43-44).

### 2.3 Educação permanente em saúde

O objeto desta pesquisa está centrado na educação permanente em saúde, sendo importante apresentar sua definição e características.

O conceito de EPS está fundamentado no Brasil na proposta apresentada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 1978 e que foi descrito principalmente a partir da publicação do livro “*Educacion Permanente de Personal de Salud*” (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994). É considerado como um:

[...] processo permanente, que tem o trabalho como eixo do processo educativo, fonte de conhecimento e objeto de transformação, que privilegia a participação coletiva e multidisciplinar e que favorece a construção dinâmica de novo conhecimento por meio da investigação, do manejo analítico da informação e o intercâmbio de saberes e experiências (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994, p.xviii).

A EPS tornou-se prioridade na OPAS em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Assim, formaram-se grupos de trabalho em alguns países da América Latina como Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, Cuba, México, República Dominicana e Peru, que tinham como objetivo elaborar uma proposta teórico-metodológica com diretrizes que estabelecessem a estruturação de programas e políticas sobre EPS nos países latino-americanos (FERRAZ *et al.*, 2012). Os representantes da OPAS/OMS no Brasil trabalharam ativamente nesse processo, no mesmo momento em que o país vivia o movimento da Reforma Sanitária na década de 80, o que justificava o enfoque em torno da EPS (FERRAZ *et al.*, 2012).

A partir dessa reforma, o Sistema Único de Saúde foi instituído pela Constituição Federal do Brasil de 1988, apresentando a saúde como um direito de todo cidadão e dever do Estado, no seu artigo 196-200, posteriormente regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e sua complementar nº 8.142/90 (FERRAZ *et al.*, 2012).

No Brasil a EPS foi debatida amplamente entre as décadas de 70 e 80. O movimento realizado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em março de 1986, objetivava a mudança do modelo de saúde, que procurou instituir uma visão clínica ampliada a partir dos princípios que conduzem o SUS (FERRAZ *et al.*, 2012).

Ceccim e Feuerwerker (2004) propõem que as instituições formadoras devem fornecer os meios apropriados à formação dos profissionais, necessários ao desenvolvimento

do SUS. Entretanto, o trabalho em saúde é de escuta, cuja interação entre o profissional de saúde e o usuário é fator importante para uma resposta assistencial adequada.

Assim, a articulação entre educação e trabalho deve orientar a formação e a gestão, comprometidas não apenas com a qualidade técnica, mas compatíveis com as necessidades da população, considerando-se a importância e a necessidade de realizar propostas de EPS com profissionais dos serviços, professores e profissionais das instituições de ensino. E que tenham o objetivo de incorporar novas mudanças à estrutura do trabalho e ao ensino (MICCAS; BATISTA, 2014).

Delors (2010, p. 32) ressalta que:

[...] a educação permanente é concebida como algo que vai muito mais além do que já se pratica, especialmente nos países desenvolvidos, a saber: as iniciativas de atualização, reciclagem e conversão, além da promoção profissional, dos adultos. Ela deve abrir as possibilidades da educação a todos, com vários objetivos: oferecer uma segunda ou terceira oportunidade; dar resposta à sede de conhecimento, de beleza ou de superação de si mesmo; ou, ainda, aprimorar e ampliar as formações estritamente associadas às exigências da vida profissional, incluindo as formações práticas.

Desse modo, a educação, no decorrer da vida, “deve tirar proveito de todas as oportunidades oferecidas pela sociedade” (DELORS, 2010, p. 32). Morin (2000, p. 90) considera que o “cenário pode e deve ser modificado de acordo com as informações recolhidas, os acasos, contratempos ou boas oportunidades encontradas ao longo do caminho”.

Pode-se apreender que a educação ultrapassa as salas de aula e o viver em sociedade pode ensinar muito mais que regras e normas, tornando-se espaço do saber, no qual as experiências individuais precisam ser valorizadas para que, em conjunto, transformem a realidade.

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo geral**

Analisar a educação permanente no processo de trabalho em saúde em uma unidade de clínica médica.

### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Descrever o processo de trabalho em uma unidade de clínica médica.
- b) Identificar as ações educativas realizadas no processo de trabalho em uma unidade de clínica médica.
- c) Estabelecer as relações entre as ações educativas e o processo de trabalho, discutindo perspectivas e potencialidades.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo e referencial metodológico

A pesquisadora opta por um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória.

O estudo descritivo aplica-se a estudos de natureza qualitativa nos quais busca descrever características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento das relações (e/ou de sua natureza) entre variáveis (GIL, 2010, p. 27). Esse tipo de pesquisa, de acordo com Selltiz et al. (1965), procura descrever um fenômeno ou situação em detalhe, principalmente o que está acontecendo, possibilitando compreender, as características de um indivíduo, de uma situação ou um grupo, assim como descobrir a relação entre os eventos.

O estudo exploratório procura explicitar e proporcionar melhor entendimento acerca de um problema (GIL, 2010, p. 27). Nessa categoria, segundo Selltiz et al. (1965), os estudos procuram descobrir idéias e intuições, com o objetivo de adquirir determinada intimidade com o fenômeno pesquisado.

A opção pela pesquisa qualitativa relaciona-se à possibilidade de trabalhar com o “universo de significações, motivos, crenças, aspirações, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo de relações” (MINAYO, 2010, p.33).

A adoção do método qualitativo parte da compreensão da pesquisadora de que a construção do conhecimento sobre saúde é um fenômeno que vai muito além de biológico, pois é também um processo social. Considera-se, assim, a possibilidade de se explorar experiências de conhecimento e aprendizagem significativa de produção do cuidado em saúde. Portanto, o delineamento escolhido justifica-se pela finalidade de analisar como a EPS é desenvolvida em um hospital, em especial na unidade de clínica médica.

Com o objetivo de analisar o processo de EPS no âmbito hospitalar e sua influência na prática cotidiana e, por conseguinte, no seu processo de trabalho, será utilizada nesta pesquisa a concepção filosófica analítica a partir do método dialético.

O método dialético “penetra o mundo dos fenômenos através de sua ação recíproca, da contradição inerente ao fenômeno e da mudança dialética que ocorre na natureza e na sociedade” (MARCONI; LAKATOS, 2013, p. 110).

São caracterizadas duas fases na história da dialética: a fase antiga, desde os pré-socráticos até Hegel, e a fase moderna, de Hegel até os dias atuais. A dialética antiga, no pensamento grego, foi considerada um método de busca da verdade e também significava a “arte do diálogo ou de discutir, assim como “a arte de separar, distinguir as coisas em gênero e espécie e classificar as ideias para melhor analisá-las” (MINAYO, 2002, p. 92).

Ao longo de toda a história da Filosofia, o conceito de dialética adquiriu vários significados. No entanto, foi com o alemão Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831), filósofo idealista, em “*A Fenomenologia do Espírito*”, livro escrito em 1813, que o conceito da dialética passou a dominar a teoria filosófica, sendo abordado em diversos sentidos e em diferentes conotações, uma vez que esse conceito foi tratado amplamente e aprofundado em três importantes dimensões: ontológica, lógica e metodológica (MINAYO, 2002, p. 93).

O conceito de dialética, para Hegel, é como um movimento histórico do espírito, indo ao encontro da reflexão, do autoconhecimento. Trata-se de um processo baseado na contradição, uma vez que Hegel acredita que toda afirmação traz em seu bojo uma negação, resultando em uma negação da primeira afirmação e formando, assim, uma segunda afirmação. Dessas afirmações, forma-se uma terceira, que é composta de informações da primeira e da segunda afirmação, constituindo-se em uma nova afirmação, que deverá ser negada. Esse processo demonstra que, na realidade, nada é definitivo e tudo se encontra em transformação.

Para melhor elucidar a dialética, inúmeros autores a definem em três etapas, entre eles: Aranha e Martins (2003, p. 143): a) tese (afirmação), a ideia pura, que para se desenvolver institui um objeto oposto a si; b) antítese (negação), a natureza, que é a “ideia alienada” e dessa contradição surge a terceira; c) síntese (negação da negação), o espírito, a “ideia que toma consciência de si por meio da natureza”. Nesse caso, a verdade deixa de ser um fato para ser “resultado do desenvolvimento do espírito”.

Conforme Aranha e Martins (2003, p. 145), Hegel inova ao compreender o conhecimento como resultado de um processo dialético, no qual “a razão é histórica, ou seja, a verdade é construída no tempo”. Para essa autora, o pensamento, colocado em movimento na história, é a própria organização do real e do pensamento e não somente um modelo a ser aplicado.

Optou-se pela dialética por esse método permitir identificar a contradição e a relação recíproca entre os fenômenos dentro de um contexto.

Este estudo está comprometido com um fazer dialógico baseado na interação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, o que possibilitará um direcionamento voltado para o ser como processo, como movimento e em constante transformação.

## 4.2 Cenário do estudo

O cenário escolhido foi a unidade de Clínica Médica de um hospital público de ensino de Belo Horizonte, que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência. A escolha se concretizou por ser este um hospital referência no sistema municipal e estadual de saúde no estado de Minas Gerais e que presta atendimento de média e alta complexidade, exclusivamente para usuários do SUS.

No dia 21 de agosto de 1928, foi construído um complexo hospitalar por meio do agrupamento de algumas clínicas que ficavam ao redor da Escola de Medicina. Nesse ano iniciou-se a construção do prédio principal inaugurado em 1955 e o complexo foi denominado Hospital das Clínicas. O prédio principal está localizado na Av. Prof. Alfredo Balena, nº 110, *Campus* da Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, no centro da região hospitalar de Belo Horizonte.

O complexo hospitalar é formado por um edifício central, o Hospital São Vicente de Paulo, e sete prédios anexos para atendimento ambulatorial: Ambulatório Bias Fortes, Anexo de Dermatologia Osvaldo Costa, Ambulatório São Vicente, Hospital Borges da Costa, Hospital São Geraldo e o Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção à Saúde do Idoso e da Mulher, além da Moradia dos Médicos-Residentes (Anexo Maria Guimarães).

Atualmente o Hospital das Clínicas da UFMG é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

FIGURA 1 – Fotografia do Hospital das Clínicas – UFMG – de Belo Horizonte



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br).

A unidade de clínica médica localiza-se no sétimo andar do prédio principal do hospital, sendo dividida em dois setores, denominados 7º Norte e 7º Leste.

A equipe de enfermagem que compõe o quadro de funcionários da unidade tem 17 enfermeiros e 68 técnicos de enfermagem, além da equipe multidisciplinar composta por médicos, fisioterapeutas, técnicos de nutrição, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistente social, psicólogos e terapeutas ocupacionais, etc.

O 7º Leste possui 39 leitos com sete enfermeiros responsáveis, sendo três enfermeiros por plantão. Cada técnico de enfermagem é responsável por cinco leitos. Saindo do elevador principal, à leste encontra-se um corredor por onde adentramos a unidade. A seguir, à esquerda encontra-se a copa da unidade, espaço pequeno de aproximadamente 5x5m, onde há uma mesa e duas cadeiras, micro-ondas e geladeira, de uso exclusivo dos funcionários da unidade. Em frente à copa tem-se o quarto de descanso com duas camas e um armário pequeno de madeira. À direita iniciam-se os leitos, onde existe um vão de entrada que dá acesso a duas enfermarias com dois leitos cada, destinadas a pacientes em isolamento de contato que necessitam de quarto privativo. À frente começam as demais enfermarias. Centralizada no meio do corredor, à esquerda encontra-se a sala de utilidades, onde são guardados materiais de uso coletivo tais como: biombos, cadeiras de banho, macas de transporte, cadeiras de rodas e outros. Seguindo, há a sala da coordenação de enfermagem, o posto de enfermagem separado por uma parede e vidros, diminuindo o acesso de pessoas ao local, mas facilitando a visão das pessoas que o acessam. À frente há bancadas com oito

computadores utilizados pela enfermagem e equipe multiprofissional para evoluções dos pacientes e consultas. Ao lado, ainda à esquerda, tem-se o expurgo, local reservado para descarte de materiais usados em pacientes e descarte de material contaminado e lixos específicos, como bolsa de hemoderivados vazias e recipientes de quimioterapias. Há mais enfermarias até o final do corredor, onde se encontra a sala de prescrição médica com os prontuários dos pacientes e onde os médicos fazem as prescrições nos computadores dispostos sobre as bancadas.

A ala norte possui 24 leitos com três enfermeiros responsáveis. À direita, logo no início, há três enfermarias com seis leitos. À esquerda têm-se sala de prescrição médica, posto de enfermagem e expurgo. Seguindo encontram-se enfermarias com dois leitos e leitos únicos destinados a pacientes que estão em isolamento respiratório.

A unidade é referência de isolamento, recebendo todos os pacientes que necessitam desse atendimento no hospital, inclusive crianças.

Na unidade há 18 leitos reservados para pacientes da Unidade Coronariana (UCO). São pacientes que aguardam transplante, denominados pré-transplantes.

Segundo a coordenadora de enfermagem, é realizado rodízio na escala dos profissionais da enfermagem entre as ala norte e leste. Eventualmente, algum profissional pode permanecer por mais tempo em uma ou outra ala.

A unidade de clínica médica é uma unidade de internação na qual a maioria dos pacientes são idosos ou que possuem alguma doença grave. Além de serem total ou parcialmente dependentes. O tempo de internação varia, pois, o paciente é transferido de outras unidades e para outras unidades, às vezes, retornando para a unidade de clínica médica. Encontram-se, nessa unidade, pacientes que passaram por procedimentos cirúrgicos e pacientes que aguardam por uma cirurgia, bem como pacientes que em geral permanecem internados até serem considerados aptos a receberem alta hospitalar. Há alguns pacientes que estão internados por tempo indeterminado devido a seus problemas de saúde e/ou por não terem possibilidade de recuperação em domicílio.



### 4.3 Vivência em campo e produção dos dados

Após a aprovação do hospital para o desenvolvimento da pesquisa na unidade de Clínica Médica, foi realizado contato inicial com a enfermeira coordenadora da unidade e em seguida com os profissionais que seriam participantes do estudo, com a finalidade de esclarecer o objetivo do estudo e suas fases.

Para obtenção de dados nesta pesquisa, empregaram-se duas técnicas: observação participante e entrevista com roteiro semiestruturado.

A inserção no cenário da pesquisa ocorreu no mês de maio de 2016, finalizando-se em setembro do mesmo ano. As observações aconteceram em diferentes dias da semana, incluindo finais de semana e em períodos distintos, incluindo manhã, tarde e noite. Os períodos de observação duraram aproximadamente seis horas, contemplando o tempo de duração de um plantão.

Vivenciar o cotidiano da equipe de enfermagem foi uma experiência única e enriquecedora. Acredita-se que os dados coletados por meio da observação participante e das entrevistas possibilitaram a aproximação com o objeto em análise.

Segundo Minayo (2014, p. 219), “todo conhecimento é um conhecimento situado no tempo, dentro da especificidade histórica e da especificidade das relações sociais que o permeiam e o condicionam: é o conhecimento possível”.

A observação emprega os sentidos para a apreensão de determinados aspectos da realidade, não se baseia simplesmente em ver e ouvir, mas também em analisar fatos ou fenômenos que se deseja estudar (MARCONI; LAKATOS, 2013, p.111).

A observação participante “pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Sua importância é de tal ordem que alguns estudiosos a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação mas como um método em si mesmo” (MINAYO, 2014, p. 273).

O período da observação compreendeu o tempo de duração de um plantão de seis horas, onde observou-se o cotidiano da equipe de enfermagem.

Por meio da observação participante foi elaborado um diário de campo, que foi utilizado no processo de análise. Os registros no diário de campo foram realizados logo após o término dos períodos de observação.

Segundo Vianna (2007, p. 59), “há situações que impedem o registro imediato, por quebrar a naturalidade da ocorrência ou perturbar as pessoas envolvidas no ato da observação”. Além disso, existe a possibilidade de perda da qualidade da observação, uma

vez que o observador, dividindo suas atenções entre o ato de observar e o ato de registrar suas percepções, arrisca-se a perder elementos que poderiam ser significativos para alcançar os objetivos propostos na sua pesquisa.

Minayo (2002, p. 63) salienta a importância do diário de campo, definindo-o como um documento:

[...] pessoal e intransferível. Sobre ele o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que no seu somatório vai congrega os diferentes momentos da pesquisa. Demanda um uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação. Quanto mais rico for em anotação o diário, maior será o auxílio que oferecerá à descrição e à análise do objeto estudado.

Nos registros foram informados: data e o horário de início e término da observação; descrição dos sujeitos presentes na situação observada e descrição do ambiente; relato das situações observadas mediante a percepção da observadora.

Totalizaram-se 113 minutos e 55 segundos de observação com o registro de dados em 36 páginas do diário de campo, conforme a TABELA 1:

TABELA 1 - Dados observacionais do estudo

<b>OBSERVAÇÃO</b>		
<b>Data</b>	<b>Tempo/Horas</b>	<b>Registro em número de páginas</b>
24/05/2016	01:35	1
07/06/2016	06:15	3
08/06/2016	06:20	4
14/06/2016	06:20	2
17/06/2016	06:00	3
20/06/2016	06:10	3
23/06/2016	06:15	3
28/06/2016	06:05	2
02/07/2016	06:05	1
06/07/2016	04:00	1
10/07/2016	06:10	1
14/07/2016	06:15	2
19/07/2016	06:25	2
27/07/2016	06:05	1
05/08/2016	06:15	1
08/08/2016	06:45	2
13/08/2016	05:45	1
17/08/2016	06:35	1
21/08/2016	04:35	1
01/09/2016	06:00	1
<b>Total</b>	<b>113.55</b>	<b>36</b>

Fonte: elaborada pela autora para fins deste estudo.

A entrevista é a estratégia mais empregada no processo de trabalho de campo. Na modalidade semi estruturada é composta por um roteiro de questões abertas e o entrevistado tem a possibilidade de expor sua opinião sobre o tema proposto, sem respostas pré-formuladas pela pesquisadora (MINAYO, 2014, p. 261).

A observação participante propiciou a elaboração de um roteiro de entrevistas que abrangesse os objetivos propostos no estudo mediante as experiências vivenciadas pela pesquisadora.

Realizou-se um teste-piloto com três profissionais atuantes em outra unidade do mesmo hospital, sendo eles: duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem. Durante a

realização do teste-piloto, observou-se a necessidade de acrescentar uma pergunta para que os entrevistados pudessem ampliar e expor sua opinião a respeito da EPS.

Desse modo, foram elaboradas quatro questões para os enfermeiros e quatro questões para os técnicos em enfermagem. Conforme entendimento entre a pesquisadora e sua orientadora as questões diferenciadas foram elaboradas no intuito de investigar a relação dos profissionais com a EP.

Participaram da pesquisa os profissionais da equipe de enfermagem, que atuam na unidade de clínica médica do hospital público de ensino. Como critério para inclusão dos participantes neste estudo estabeleceu-se: trabalhar na unidade há mais de um ano e aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos os profissionais que estavam em período de férias ou afastados durante o período da coleta de dados e aqueles que não aceitaram participar do estudo. Totalizaram-se 06 recusas entre os profissionais que compõem a equipe de enfermagem na unidade cenário do estudo. Dentre as justificativas, a falta de tempo, foi o motivo mais relatado para a não participação nas entrevistas.

A equipe de enfermagem compreende o maior número de profissionais que atuam na unidade cenário do estudo. Participaram da entrevista oito enfermeiros e oito técnicos em enfermagem. Houve predomínio de entrevistados do sexo feminino (75%), reportando a inserção histórica da mulher no setor saúde, sobretudo na enfermagem, pois esta sempre foi responsável pelos cuidados prestados aos doentes.

Em relação à qualificação profissional, dez possuíam graduação e um tinha pós-graduação *stricto sensu*, na modalidade mestrado. Quanto ao vínculo com a instituição, dez são vinculados por regime Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) por meio de concurso realizado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sete por meio de concurso público federal.

As entrevistas foram realizadas no horário de trabalho, em momentos nos quais os profissionais estavam menos sobrecarregados, pois o agendamento prévio não foi possível devido à demanda de trabalho. Optou-se por realizar as entrevistas na copinha, espaço tranquilo que dispõe de uma pequena mesa e duas cadeiras, destinado aos funcionários na hora do lanche.

Foram realizadas 16 entrevistas com questões norteadoras diferenciadas para os profissionais da equipe de enfermagem da unidade clínica médica, mantendo-se o objeto de estudo na busca de alcançar os objetivos propostos. Também foi realizada entrevista com o

coordenador das ações educativas no hospital, responsável pelo departamento de programa de capacitação, totalizando-se 17 entrevistas.

O registro das entrevistas foi feito por meio de um gravador digital e depois foram transcritas pela pesquisadora na íntegra.

Em média, cada entrevista durou quatro minutos, totalizando 60 minutos e 58 segundos de gravação, mais a entrevista com o informante-chave, que durou 27 a 40 (QUADRO 1):

QUADRO 1 – Dados das entrevistas realizadas no estudo

DATA	CODINOME	DURAÇÃO (minutos)
12/07/2016	Cravo	03:51
12/07/2016	Centáurea	04:00
12/07/2016	Prótea	01:24
28/07/2016	Violeta	01:42
28/07/2016	Copo-de-leite	04:35
28/07/2016	Narciso	02:04
29/07/2016	Amarílis	03:12
29/07/2016	Antúrio	08:02
05/08/2016	Margarida	08:18
09/08/2016	Gérbera	02:45
09/08/2016	Girassol	03:47
09/08/2016	Gardênia	02:17
23/08/2016	Flox	01:45
23/08/2016	Estrelícia	02:22
23/08/2016	Orquídea	04:55
23/08/2016	Gerânio	08:39
19/10/2016	Celósia	27:40

Fonte: elaborado pela autora para fins deste estudo.

#### 4.4 Análise e interpretação dos dados

Para analisar os dados obtidos, foi utilizada a análise de conteúdo, que consiste em “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2006, p. 38).

Segundo Bardin (2011, p. 121), a análise de conteúdo organiza-se em torno de três polos cronológicos, sendo eles: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise compreende a primeira etapa, sendo propriamente dita a fase de organização, e abrange as seguintes subfases: leitura flutuante, escolha dos documentos ou definição do *corpus* da análise, formulação das hipóteses e dos objetivos e elaboração dos indicadores em que se baseiam a interpretação final e a preparação do material. Na exploração do material, compreendida como segunda fase da análise, os dados são transformados e agregados em unidades de registro que visam à descrição das características relacionadas ao conteúdo do texto. Na terceira fase procura-se responder aos questionamentos e aos objetivos propostos no estudo, agrupando determinados elementos que se caracterizam por sua semelhança ou diferenciação.

Empregaram-se as etapas propostas por Bardin para a realização da análise de conteúdo temática.

A pré-análise iniciou-se após a coleta de dados com a organização e preparação do material. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora. As entrevistas devem ser transcritas logo depois de encerradas e, sempre que possível, esse trabalho deve ser feito por quem as realizou (DUARTE, 2004, p. 220). Essa autora ressalta que:

Quando realizamos uma entrevista, atuamos como mediadores para o sujeito apreender sua própria situação de outro ângulo, conduzimos o outro a se voltar sobre si próprio; incitamo-lo a procurar relações e a organizá-las. Fornecendo-nos matéria-prima para nossas pesquisas, nossos informantes estão também refletindo sobre suas próprias vidas e dando um novo sentido a elas.

Em seguida, foi realizada a codificação dos nomes dos profissionais e, para preservar o anonimato dos participantes, bem como a categoria profissional de cada um, seus nomes foram substituídos por nomes de flores.

Ainda na fase de pré-análise foi feita a leitura flutuante de todo o material, para deixar-se invadir pelos sentidos, impressões e significados.

Uma leitura em profundidade de todas as entrevistas foi realizada para que a análise se desenvolvesse contemplando procedimentos de recorte, classificação e agregação das informações em unidades de registro.

Na análise individual de cada entrevista marcaram-se unidades de registro (frase ou parágrafo) que se destacaram em relação à questão norteadora e aos objetivos propostos no estudo, com a frequência por recorrência e por relevância. Após, realizou-se o recorte dessas unidades, agrupando-as de acordo com a unidade de sentido, permitindo que as seguintes categorias empíricas fossem criadas e organizadas:

- **Processo de trabalho:** da rotina do cuidado ao compartilhamento dos saberes - percebe-se que no cenário do estudo o processo de trabalho é marcado por uma rotina diária com divisão de tarefas e responsabilidades diferentes entre os profissionais e também com a mecanização da assistência, a hierarquização profissional e o distanciamento do enfermeiro do cuidado direto ao paciente. Essa categoria foi construída a partir dos dados observacionais registrados no diário de campo de pesquisadora.

- **Práticas educativas:** demandas, apostas e desafios no contexto hospitalar - foi possível identificar que as dúvidas, questionamentos e incertezas no trabalho em saúde estão presentes no cenário do estudo e poderiam ser utilizadas como disparador das ações do processo de trabalho que demandam educação permanente. Essa categoria foi construída a partir dos dados das entrevistas, mas sempre relacionando-os com os dados observacionais.

A fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação compreendeu a descrição das características do conteúdo dos recortes de cada categoria para, em sequência, estabelecer uma articulação entre o material empírico e o referencial teórico apresentado no estudo.

Os dados obtidos por meio da observação participante foram registrados em diário de campo, digitados e utilizados para contextualizar as categorias analíticas. Houve reuniões com a orientadora da pesquisadora que permitiram a utilização dos critérios para análise dos dados, bem como para validação dos mesmos.

#### **4.6 Aspectos éticos**

As etapas do projeto estão em conformidade com os princípios éticos instituídos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com a Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública (EMI) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Em seguida, o estudo foi dirigido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG e aprovado como emenda do projeto de pesquisa intitulado “Educação permanente em saúde e os modos de pensar e fazer gestão, atenção, formação e participação no e para o SUS” (SENA; SILVA, 2014), CAAE –

22830813.5.0000.5149. Foi também aprovado pela Gerência de Ensino e Pesquisa HC/UFGM, processo 31/16.

Na coleta de dados procedeu-se à apresentação do projeto e discussão na Coordenadoria da Unidade de Clínica Médica, com o objetivo de expor os objetivos, finalidades e fases da pesquisa, além de esclarecimentos quanto à voluntariedade da participação dos profissionais. Foram garantidos o sigilo das informações, o anonimato e a desistência em participar a qualquer momento. Por se tratar de um critério exigido para a participação e o desenvolvimento da pesquisa, a coleta de dados se deu após a assinatura no TCLE (APÊNDICE A), pelos participantes.

Entre os possíveis benefícios relacionados ao estudo está a possibilidade de contribuir de maneira positiva para a prática profissional por meio do incentivo ao desenvolvimento de ações baseadas na educação permanente em saúde.

## 5 RESULTADOS

Apresenta-se neste capítulo a interpretação dos dados produzidos por meio da observação e das entrevistas. Os resultados estão organizados em duas categorias: processo de trabalho - da rotina do cuidado ao compartilhamento dos saberes e práticas educativas – demandas, apostas e desafios no contexto hospitalar.

### 5.1 Processo de trabalho: da rotina do cuidado ao compartilhamento dos saberes

Na unidade de clínica médica, cenário desta pesquisa, os profissionais da equipe de enfermagem prestam assistência aos pacientes internados, sendo geralmente pacientes idosos ou que tenham doenças graves, além de serem total ou parcialmente dependentes. Todos os fatores associados à população idosa levam esses pacientes a demandarem mais atenção e cuidado.

Para Kalsing *et al.* (2016), o envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural e contínuo de modificações morfológicas, bioquímicas, psicológicas e funcionais dos indivíduos, sendo denominado senescência. Esses autores enfatizam que durante a internação hospitalar os idosos estão mais predispostos a sofrer eventos adversos característicos de uma hospitalização como restrição ao leito, perda de massa óssea e muscular, entre outros (KALSING *et al.*, 2016).

O envelhecimento populacional apresenta-se numa crescente, tornando-se necessários o acompanhamento e a avaliação constante dessa população, bem como os fatores que influenciam diretamente a saúde e a ocorrência de doenças. Salienta-se a importância de destacar como característica predominante nos idosos as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que podem deixar sequelas, ocasionando ao idoso a dependência de terceiros e, por vezes, tendo como consequência a hospitalização (CABRAL *et al.*, 2016).

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2013), mesmo parecendo simples e óbvia a prestação da assistência centrada nos pacientes realizada dentro dos sistemas de saúde, esse processo torna-se um grande desafio a ser vencido e mantido com o passar do tempo. Tal desafio refere-se ao fato de que o cuidado assistencial requer empatia,

compaixão e respeito, podendo ser aplicado a pacientes de todas as idades e em qualquer local de assistência à saúde.

Torna-se fundamental que os serviços de saúde empreguem conceitos, elementos e princípios norteadores, objetivando a criação de uma definição própria de cuidado centralizado no paciente e família de modo que atenda às suas necessidades (ANVISA, 2013).

As organizações hospitalares objetivam prestar assistência a pacientes em situações de saúde cada vez mais críticas e que necessitam de respostas complexas. Desse modo, os profissionais que atuam no cenário hospitalar precisam estar aptos a mudanças constantes, seja por meio de novas tecnologias, competência para atuar diante das modificações no perfil epidemiológico e no modelodemográfico da população brasileira, com pacientes cada vez mais exigentes (AUED *et al.*, 2016).

Na unidade cenário deste estudo, os profissionais que integram a equipe de enfermagem assumem os plantões diários de seis horas, sendo de 07:00 às 13:00 e de 13:00 às 19:00. Os plantões noturnos são de doze horas, sendo de 19:00 às 07:00.

No hospital os serviços são realizados de maneira ininterrupta de forma a assegurar a assistência ao paciente e aos familiares. Estão envolvidas nesse processo várias categorias profissionais, entre elas médicos e enfermeiros (MENDES; MARTINO, 2012). Em relação à assistência de enfermagem, a organização diária do trabalho acontece por meio de turnos que podem ocorrer em diferentes horários do dia, de maneira fixa ou em forma de rodízio, propiciando que a assistência seja desenvolvida durante as 24 horas do dia.

No Brasil, a enfermagem atua com carga horária de trabalho semanal variando entre 30 e 40 horas semanais, sendo mais comum a jornada de 36 horas por semana. Há plantões diurnos ou noturnos de 12 horas de trabalho; plantões de seis horas/dia ou oito horas/dia de acordo com as normas vigentes em cada instituição hospitalar (MENDES; MARTINO, 2012).

O cuidado recebido pelo paciente dentro de um hospital depende da interação do trabalho de vários profissionais de áreas distintas, que vão se complementando, formando uma complexa ligação que inclui atos, procedimentos, além de fluxos, rotinas e saberes (FEUERWERKER; CECILIO, 2007). As expectativas relacionadas ao hospital variam conforme os interesses e as concepções de saúde e de cuidado, em relação às práticas de saúde e gestão e ao processo de formação dos profissionais para o cuidado em saúde (FEUERWERKER; CECILIO, 2007). A integralidade da assistência e o trabalho em equipe multiprofissional tornam-se grandes desafios para as instituições hospitalares.

Na unidade de clínica médica avaliada neste estudo, os profissionais chegam e vestem a roupa que o hospital oferece para o desenvolvimento do trabalho. Trata-se de uma calça com elástico na cintura e uma blusa sem abertura frontal e mangas curtas. Os uniformes são na cor verde. Após se trocarem, alguns se dirigem à sala da coordenação, onde acontece a passagem de plantão, e outros vão para o posto de enfermagem.

A passagem de plantão pode ser definida como um momento de comunicação, pois acontece a troca de informações entre os profissionais sobre: o estado geral de saúde dos pacientes, uso ou ausência de medicações, quaisquer problemas de ordem interna, discussão de assuntos rápidos que dizem respeito ao processo de trabalho, tornando-se relevante para a continuidade da assistência.

É importante mencionar que a passagem de plantão, como o próprio nome define, se dá no término e início de cada plantão e todos os profissionais deveriam participar, uma vez que as informações repassadas são de grande importância para a continuidade da assistência de enfermagem. Neste cenário, esse momento acontece na sala da coordenação e geralmente é rápido, levando aproximadamente entre 10 e 15 minutos e não conta com a participação de todos os profissionais, pois os que estão deixando o plantão se apressam para irem embora e muitas vezes os que estão assumindo o plantão chegam atrasados e não participam desse momento. Por vezes, os participantes também conversam sobre assuntos diversos. Na maioria das vezes são passadas as informações sobre os dados vitais dos pacientes, quando alterados, e se houve alguma intercorrência, mas de maneira rápida.

O momento da passagem de plantão foi observado pela pesquisadora em todos os períodos de observação com a presença exclusiva da equipe de enfermagem.

*Pude observar, em vários momentos, profissionais que estão saindo do plantão têm pressa de ir embora por motivos diversos e deixam as informações com os colegas ou às vezes passam as informações verbalmente no corredor. Alguns profissionais que estão assumindo o plantão optam por “adiantarem o trabalho” no posto de enfermagem. Nesse momento, os profissionais relatam os dados coletados junto aos pacientes e se houve algo que chamou a atenção ou que se deva dar atenção a determinado paciente. As informações são passadas para um enfermeiro que as anota no “livro de enfermagem”. São informações referentes a valores de aferição de pressão arterial e temperatura, queixas individuais do paciente ou acompanhante e aquelas inerentes a cada paciente, bem como possíveis intercorrências, além dos responsáveis pelos pacientes durante determinado plantão (Nota observacional – 20/06/2016 – Tarde).*

Essa realidade é também evidenciada em outros estudos, como relatado por Boher *et al.* (2016), em pesquisa que revelou que o momento da passagem de plantão é marcado por fragilidades. Neste estudo, os funcionários referem não haver problemas na passagem de plantão nas unidades, mas admitiam a perda de informações sobre o cuidado dos pacientes, uma vez que esse processo não acontece de maneira colaborativa e compromissada.

Cabe ressaltar a importância da comunicação como elemento básico do relacionamento humano, desempenhando papel fundamental para a sobrevivência e satisfação de necessidades. O ato de comunicar-se objetiva a troca de informações, experiências e sentimentos e acontece por meio da comunicação verbal: linguagem escrita e falada ou não verbal: linguagem por meio de gestos e símbolos (GONÇALVES *et al.*, 2016). Esses autores enfatizam que 70% dos erros na assistência na área da saúde estão relacionados à ineficácia da comunicação.

Barbosa *et al.* (2013) reportam que a comunicação entre os profissionais é muito importante para o planejamento do cuidado assistencial. E afirmam que um dos recursos para garantir que as informações repassadas assegurem a continuidade da assistência é a passagem de plantão, na qual as formas de comunicação mais utilizadas são a escrita e a oral, prevalecendo a oral e constituindo-se em momento privilegiado para a organização do processo de trabalho.

A passagem de plantão da enfermagem pode ser considerada um recurso fundamental para a continuidade da assistência (SILVA *et al.*, 2016). Essa prática favorece a segurança do paciente e reduz a ocorrência de erros, tendo o objetivo de repassar informações de maneira objetiva e eficaz sobre os fatos e situações ocorridos durante um plantão, possibilitando que o profissional tenha uma visão geral da situação, com o intuito de planejar e organizar as atividades a serem desenvolvidas (SILVA *et al.*, 2016).

Dessa forma, a educação permanente pode ser entendida como importante meio para a viabilização e ampliação das discussões acerca da necessidade da participação de todos os envolvidos na passagem de plantão.

Como instrumento para o processo de trabalho na unidade de clínica médica, o livro de enfermagem é considerado um mediador tecnológico na passagem de plantão. No cenário estudado, todos os profissionais possuem acesso ao livro de enfermagem, inclusive os profissionais da equipe multidisciplinar, mas somente os enfermeiros realizam as anotações. Há sempre um único enfermeiro por plantão responsável por anotar todas as informações. O livro fica exposto no balcão do posto de enfermagem e pode ser utilizado como importante ferramenta para a educação permanente. Contudo, percebe-se que essa possibilidade não é

aproveitada, já que não foi observada alguma discussão acerca das informações contidas no livro.

Desse modo, percebe-se que poderiam ser realizadas discussões sobre o estado de saúde dos pacientes, realizando-se um comparativo dos dados vitais de algum deles com possíveis mudanças de conduta no cuidado. A finalidade é qualificar a assistência de maneira que as questões levantadas nesse momento sejam disparadoras de processos educativos, seja porque indicam dúvidas dos trabalhadores ou pela necessidade de aperfeiçoamento.

A Deliberação nº135 de 10 de outubro de 2000 do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG) considera, entre outros, que a documentação de enfermagem é o registro da atuação de enfermagem quanto ao paciente, seus sinais, sintomas e reações, planejamento e justificativa para o desenvolvimento da assistência e sua execução.

O COREN-MG apresenta, no art. 7º, que os registros podem ser do tipo: manual (escrito à tinta e nunca a lápis) e eletrônico (de acordo com a legislação vigente). Delibera também sobre recomendações de onde os hospitais possuem autonomia para definir o conteúdo das documentações que registram as ações de enfermagem, desde que contemplem os padrões éticos e legais da organização e exercício profissional.

A Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem estabelece, no art. 68, que é necessário registrar no prontuário e em outros documentos próprios da enfermagem todas as informações referentes ao cuidado assistencial.

Os registros de enfermagem são considerados anotações de enfermagem e destinam-se a toda a equipe de saúde, sendo fundamentais para a prestação da assistência de enfermagem. São também documentação comprobatória das ações e atividades desempenhadas pela equipe de enfermagem, tornando-se meio de garantia e comprovação do cuidado (MAZIEIRO *et al.*, 2013). Esses autores afirmam que registrar as condutas que a equipe realiza pode se traduzir em cumprimento ético-legal e demonstração da boa prática profissional (MAZIEIRO *et al.*, 2013).

Após a passagem de plantão, tem-se mais uma etapa do processo de trabalho na qual os profissionais assumem as enfermarias das quais serão referência. Há uma enfermeira responsável por fazer a escala mensal dos profissionais, pois acontece rodízio entre os profissionais, de modo que ninguém permanece executando os cuidados aos pacientes na

mesma enfermagem em plantões consecutivos. Há exceções quando há falta de funcionário sem aviso prévio. Os enfermeiros avaliam a escala e, quando necessário, fazem alterações.

Apurou-se que quando há falta de um profissional, o plantão fica comprometido, pois nem sempre é possível substituí-lo de imediato, de modo que os pacientes que seriam responsabilidade do profissional ausente são distribuídos entre os demais profissionais, comprometendo o planejamento assistencial e acarretando sobrecarga de trabalho.

Salienta-se que os acidentes de trabalho e o adoecimento manifestado no trabalho são processos antigos que se repetem ao longo da história em diversas categorias, fazendo parte do cotidiano do trabalho, sobretudo devido à produção em massa e à intensificação do trabalho provocadas pela influência do modelo taylorista-fordista (ANTUNES, 2015).

Cabe compreender que adaptar-se às inovações tecnológicas intensificadas pelo aumento do ritmo, responsabilidades em executar tarefas cada vez mais complexas e adequação a novos modelos gerenciais pode provocar nos profissionais angústia, insatisfação, ansiedade, depressão e, em consequência, o afastamento do trabalho denominado absenteísmo (ausência do profissional do trabalho) (MARQUES *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, encontra-se o absenteísmo como fator que origina diversos problemas, sobretudo para a equipe de enfermagem, na qual a ausência de um trabalhador pode sobrecarregar o trabalho dos demais e, assim, provocar desgaste físico, psíquico e até mesmo social e, conseqüentemente, o adoecimento. Pode também comprometer o cuidado assistencial prestado (MARTINATO *et al.*, 2010).

No hospital, os profissionais da enfermagem representam o maior número de pessoas atuantes na área da saúde e as instituições hospitalares priorizam o atendimento ao paciente, por vezes se esquecendo da saúde dos profissionais que prestam a assistência. Faz-se importante considerar a adoção de medidas institucionais que visem garantir a promoção da saúde e a prevenção de problemas ocupacionais (MARQUES *et al.*, 2015).

Ressalta-se, então, a educação permanente como importante ferramenta na discussão sobre as implicações éticas do absenteísmo e sobre os problemas ocasionados e as possíveis estratégias que podem ser desenvolvidas e aplicadas pela equipe para minimizar esse impacto no processo de trabalho.

Pires (2009) salienta que a enfermagem está presente em todas as instituições assistenciais, sobretudo na rede hospitalar, onde se encontra durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano. Infere-se daí que a qualidade das ações de enfermagem interfere diretamente na qualidade da assistência.

No hospital analisado neste trabalho os profissionais da enfermagem seguem uma rotina diária: os técnicos de enfermagem iniciam a separação da medicação de acordo com a prescrição médica realizada para cada paciente. As prescrições ficam presas em pranchetas que possuem o número dos leitos de cada paciente. Os técnicos de enfermagem colocam a medicação em bandejas de aço inox que ficam embaixo de uma bancada de granito. Geralmente eles passam um algodão embebido em álcool nas bandejas antes de colocar as medicações. Os medicamentos de uso de cada paciente, para um período de 24 horas, ficam dentro do posto de enfermagem, separados em pequenas gavetas de um escaninho, identificadas com o número do leito. Há medicações de uso controlado que ficam trancadas numa gaveta. Um profissional, geralmente o enfermeiro, é responsável pela chave e pela dispensa do medicamento para o técnico, quando necessário, após conferir na prescrição médica.

Com todos os medicamentos separados, os técnicos de enfermagem direcionam-se para as enfermarias, onde prestam assistência direta ao paciente. Além da medicação, os profissionais aferem a pressão arterial e a temperatura dos pacientes. Além de outros dados vitais, eles anotam eventuais queixas dos pacientes em rascunhos que carregam no bolso.

Foi possível observar no cenário do estudo que os enfermeiros não realizam a assistência contínua direta ao paciente, pois se reportam a resolver outros problemas, tais como: solicitar medicação, preencher formulários, organizar a unidade, informar sobre transferência de paciente, verificar procedimentos a serem realizados pelos pacientes, entre outros. Assim, resta pouco tempo para a assistência.

Matos e Pires (2006) destacam que o gerenciamento realizado pela enfermagem está baseado no cumprimento de normas, rotinas e tarefas, atendendo às expectativas de outros profissionais e da própria instituição, por vezes se distanciando da assistência direta ao paciente e provocando insatisfação na equipe de enfermagem,

Os técnicos de enfermagem são responsáveis pela assistência direta aos pacientes, procurando auxílio dos enfermeiros em casos além de sua atribuição.

Esses dados revelam uma divisão no trabalho da enfermagem. Goulart, Coelho e Chaves (2014, p. 390) defendem que a divisão do trabalho presente entre técnicos e enfermeiros nem a gestão hierarquizada, não promovem a cooperação para que o trabalho em equipe seja realizado.

Goulart, Coelho e Chaves (2014) acrescentam que a organização do processo de trabalho baseada nas concepções teóricas de Taylor e Fayol, denominada método funcional,

demonstra a divisão técnica e social do trabalho, uma vez que, a participação do profissional de saúde na assistência direta ao paciente é parcial.

Observa-se, assim, uma divisão de trabalho na enfermagem na qual aos profissionais de nível médio cabe a realização das atividades assistenciais e aos de nível superior a gerência do cuidado e da unidade (GEROLIN; CUNHA, 2013).

Desse modo, a educação permanente pode ser compreendida como recurso para promover processos educativos diferenciados para as categorias de enfermagem (enfermeiros e técnicos). Isso porque o desempenho de suas funções no hospital é distinto, devido à divisão do trabalho, e isso requer desses profissionais o desenvolvimento de habilidades singulares no seu processo de trabalho.

Os achados remetem à discussão realizada por Backes *et al.* (2008), considerando que o enfermeiro cumpre relevante papel na construção coletiva do cuidado, devido a esse profissional possuir habilidade para articular e interagir com os outros profissionais, muitas vezes coordenando o processo de trabalho em saúde. Para esses autores, no contexto hospitalar, o enfermeiro ocupa papel relevante, sendo considerado elemento principal de comunicação na equipe de saúde e entre os usuários e os distintos serviços que compõem esse cenário.

A assistência no âmbito hospitalar requer dos profissionais de enfermagem capacidade e dinamismo para controlar riscos, prever, evitar e reduzir possíveis complicações, objetivando a estabilidade e recuperação do paciente, pois essas são situações vivenciadas diariamente (OLIVEIRA; NICOLA; SOUZA, 2014).

A estrutura organizacional das instituições hospitalares ainda segue as diretrizes estabelecidas pela teoria clássica com divisão do trabalho, com definição dos cargos de forma vertical, relacionamento formal das relações e concepção burocrática (MATOS; PIRES, 2006). Para essas autoras, a enfermagem se constitui em equipe fechada, hierarquizada, baseada nos moldes taylorista-fordista na qual as enfermeiras possuem grande influência sobre os técnicos e auxiliares de enfermagem (MATOS; PIRES, 2006).

Verificou-se que, após a realização da medicação, alguns técnicos voltam ao posto de enfermagem e preparam o material para a realização dos banhos. Na unidade de clínica médica, os banhos de cada paciente são realizados nos períodos da manhã e tarde. Segundo relatos, tal medida foi adotada para que os funcionários do turno da manhã não ficassem sobrecarregados, porque há vários pacientes que necessitam tomar banho no leito. Essa rotina se repete nos turnos da manhã e tarde. Os profissionais separam lençóis, toalhas de banho, roupas, sabonetes, luvas de procedimento, gazes e bacias, se necessários. São

colocados biombos em frente aos leitos para que haja um mínimo de privacidade durante o banho no leito. Executados os banhos e trocada a roupa de cama, os profissionais retornam ao posto de enfermagem, onde realizam a evolução de enfermagem.

*Foi possível acompanhar uma cena assistencial na qual o técnico de enfermagem realiza o banho de leito no paciente e logo após chama uma enfermeira para que ela realize o procedimento de passagem de sonda vesical de alívio. Apesar da técnica de enfermagem permanecer atenta durante o procedimento, ao término, relatou sentir muito insegura diante da situação. Não observei nenhuma ação que provocasse uma mudança de atitude. (Nota observacional – 02/07/2016 – Manhã).*

O período assistencial é *locus* que demanda realização de procedimentos e técnicas que exigem dos profissionais conhecimentos, habilidades e atitudes. Essa tríade compõe a base das competências profissionais e deve ser constantemente revista e aprimorada.

Nesse aspecto, a educação permanente cumpre papel fundamental. Entretanto, o que se detecta na unidade cenário do estudo e em outros cenários é que a assistência tornou-se mecanizada, com repetições de ações e sem espaço para problematizar o que se faz. Assim, ainda que com potencial, cenas como a relatada são pouco exploradas para a discussão acerca do processo de trabalho e, conseqüentemente, sua revisão e transformação.

Apesar de o banho de leito ser realizado por técnicos e auxiliares de enfermagem, Möller e Magalhães (2015) enfatizam que esse procedimento deveria ser acompanhado e supervisionado pelo enfermeiro, por caracterizar-se como uma oportunidade para avaliar as condições da pele do paciente e identificar aspectos a serem aprimorados pela equipe. Porém, devido à falta de estrutura física, tecnológica e ao número insuficiente de profissionais em diversas instituições hospitalares, tal objetivo não se concretiza.

No cenário do estudo foi observado que o banho de leito é realizado pelos técnicos de enfermagem. Os enfermeiros são acionados ocasionalmente para constatação de algum agravamento de lesão ou devido a alguma intercorrência durante a realização do procedimento.

No quadro atual, com reduzido número de profissionais de nível superior em relação aos profissionais de nível médio, os enfermeiros são levados a executar atividades de gerência e supervisão, o que os deixa mais distantes da assistência (LIMA *et al.*, 2016).

Pires (2009) destaca que na enfermagem a coordenação do trabalho é desempenhada por profissionais de nível superior que delegam atividades aos profissionais de nível médio, remetendo à divisão do trabalho que se espelha na fragmentação taylorista/fordista. De

acordo com essa autora, nas relações de trabalho se manifesta a hierarquia devido ao grau de instrução, de modo que possíveis conflitos podem acontecer, às vezes evidentes ou subentendidos (PIRES, 2009).

Nas observações, constatou-se que alguns profissionais se disponibilizam a ajudar outros que se encontram mais atarefados. Essa atitude foi registrada nas notas observacionais dos dias 23/06/2016 e 08/08/2016. Acentua-se que a sociabilidade é exigida do indivíduo desde o seu nascimento, uma vez que ninguém vive sozinho. As experiências trazidas por cada pessoa ao longo da vida, sentimentos, crenças e valores influenciarão na tomada de decisão do profissional e na sua relação com a equipe, de modo que atitudes de cooperação possam ser presenciadas nessa situação.

Nessa direção, autores explicitam que as concepções de vida e as experiências dos profissionais influenciam no desenvolvimento das suas práticas (LIMA *et al.*, 2016).

O processo de trabalho com mais interatividade, a valorização dos saberes dos profissionais envolvidos na assistência e a comunicação possibilitam a formação de uma equipe com mais unidade (GOULART;COELHO;CHAVES, 2014).

Há medicações ou intervenções tais como a preparação para o paciente realizar exames, que acontecem durante o plantão.

*Pude observar o relato de uma enfermeira que acompanhava um paciente na realização de Raios-X em outra unidade. Segundo ela, o técnico pediu para que a paciente ficasse de pé, mesmo tendo sido informado que ele fazia uso de dobutamina. De acordo com a enfermeira, quando o paciente está em uso dessa medicação, ele não pode ficar de pé, pois corre o risco de “sofrer uma parada” (parada cardiorrespiratória). Ela disse ter ficado aflita, uma vez que, caso isso acontecesse, “somente um médico poderia prestar os primeiros socorros” e não havia nenhum médico acompanhando o paciente. Enfim, sentiu-se aliviada por nada ter acontecido (Nota observacional - 20/06/2016 – Tarde).*

*Em outro momento observei que uma técnica de enfermagem que presenciou o relato da enfermeira repassou as informações sobre os cuidados necessários com paciente em uso de dobutamina para outra técnica de enfermagem (Nota observacional – 08/08/2016 – Tarde).*

Assim, a aprendizagem entre os profissionais que compõem a equipe de enfermagem, com o compartilhamento das informações inerentes ao processo de trabalho, são momentos de educação permanente. Contudo, não pode ser observada com frequência no cotidiano do trabalho do cenário do estudo.

O contexto do trabalho constitui-se em aprendizagem e torna-se importante meio de construção de valores, de recursos, de dinamismo, de um processo coletivo capaz de contribuir para um direcionamento institucional no qual existe a possibilidade de consolidação da educação permanente.

Takahashi e Castro (2008) sublinhavam a importância do processo de aprendizagem no trabalho, considerando-o como mecanismo com potencial para que os profissionais desenvolvam suas atividades com segurança e de maneira dinâmica, contribuindo positivamente para as organizações e para as pessoas.

Ainda como etapa do processo de trabalho na unidade de clínica médica, os profissionais que vão finalizando seus afazeres sentam-se à frente dos computadores que ficam no posto de enfermagem, para realizarem a evolução de enfermagem. Trata-se de um sistema de informação eletrônico.

Os sistemas de informações e registros eletrônicos surgiram nos hospitais brasileiros e redes de saúde na década de 60 e tinham como objetivo facilitar os registros de atenção. O prontuário eletrônico do paciente registra informações de saúde e doenças essenciais à comunicação entre a equipe multidisciplinar e o paciente, assegurando o histórico do processo, além da segurança à gestão nas organizações de saúde (LAHM; CARVALHO, 2014).

De acordo com Lahm e Carvalho (2014), a equipe de enfermagem é indispensável para a operacionalização e desenvolvimento dos prontuários eletrônicos, porque participam ativamente dos registros.

*Por mais de uma vez, foi possível observar técnicos de enfermagem aguardando em fila para uso dos computadores. Segundo relatos deles os enfermeiros podem encerrar o plantão e evoluir no dia seguinte, mas eles não podem deixar a unidade enquanto a evolução não for concluída. Disseram que houve um dia de “treinamento” para uso do sistema e que há aproximadamente um mês faziam uso do sistema. Em várias ocasiões o “sistema” trava ou fica lento demais, prejudicando o processo de trabalho, pois os profissionais optam por realizarem a evolução de enfermagem muito antes do término do plantão (Nota observacional – 08/06/2016 – Manhã).*

No cenário do estudo, alguns profissionais ainda não estão adaptados ao sistema de informação e apresentam dificuldades no acesso e no registro das informações. Por ser uma ferramenta inserida há pouco tempo no hospital, ela dispara dúvidas, incertezas e

insegurança, por parte de quem a utiliza, que poderiam se constituir em dispositivos para reflexão sobre o processo de trabalho em saúde.

Nessa perspectiva, encontra-se a introdução de computadores na enfermagem, passando por transformações ao longo do tempo, e resistências e insegurança.

O avanço tecnológico está presente nas organizações de saúde, sendo considerado importante instrumento de mudança. Ao mesmo tempo, constitui-se um desafio, pois a incorporação de novas tecnologias compreende novos posicionamentos por parte dos gestores e dos profissionais que farão uso dessa ferramenta. Isso se deve ao fato de que, para o uso adequado, é preciso viabilizar a implementação, a capacidade de absorção e aprendizagem por parte da equipe profissional (QUEIROZ; BARBOSA, 2003).

Os dados remetem à importância da educação permanente no trabalho, sobretudo no avaliado neste estudo, na qual vários mecanismos poderiam ser utilizados para provocar discussão acerca de possíveis transformações na prestação da assistência. Entre elas, salienta-se nesse momento a inserção de novas tecnologias no trabalho, pois por vezes são propostas como facilitadores do processo de trabalho.

Os enfermeiros são responsáveis por mais de uma enfermagem e também acontece o rodízio entre eles. Alguns enfermeiros auxiliam os técnicos mais que outros que optam por ficarem no posto de enfermagem realizando outro tipo de atividade, como a solicitação de medicamentos na farmácia, conferindo a escala da equipe ou verificando os pedidos de exames a serem realizados ou ainda atendendo ao telefone que toca constantemente.

*No posto de enfermagem, pude observar quando um técnico de enfermagem solicitou ajuda sobre como realizar a troca de curativo. A ajuda solicitada não foi atendida. Não houve busca por conhecimento para solucionar o problema. O curativo não foi trocado. (Nota observacional-05/08/2016 – Manhã).*

No período de observação foi possível presenciar situações distintas de atuação dos enfermeiros, de modo que, quando solicitados a ajudarem na assistência, alguns se disponibilizavam rapidamente, enquanto outros simplesmente se recusavam.

Desde a institucionalização da profissão de enfermagem, que se deu em meados século XIX, as atividades de gestão são exercidas preferencialmente pelo enfermeiro. Como parte importante do trabalho de enfermagem, está a organização do ambiente terapêutico baseada na divisão técnica e social do trabalho. Na contemporaneidade concretizou-se a compreensão de atuação do enfermeiro identificado pela amplitude na prestação da

assistência, na atuação nos processos educacionais, de pesquisa e gestão e quando articuladas podem influenciar diretamente na qualidade da assistência (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Autores como Vagheti *et al.* (2011) acreditam que em alguns hospitais brasileiros a tradicional burocracia e a mecanização do trabalho se fazem presentes, demonstrando uma hierarquia rígida que compromete o processo assistencial. Além disso, as disputas profissionais provocam conflitos e rupturas nas relações, originando comportamentos subversivos no trabalho. Esses autores reconhecem a necessidade de uma revisão quanto à posição hierárquica do enfermeiro na formação e no desempenho de suas atividades no âmbito hospitalar, de modo que haja possibilidade de criação de novas estratégias frente ao processo de trabalho (VAGHETTI *et al.*, 2011).

Os enfermeiros geralmente realizam a corrida de leito para se informar sobre o estado geral dos pacientes por meio do relato deles mesmos. Outros enfermeiros optam por receberem as informações trazidas pelos técnicos de enfermagem. Todos os enfermeiros também realizam a evolução de enfermagem no prontuário eletrônico de cada paciente sob sua responsabilidade, com base nos dados observados durante a corrida de leito.

Entre outras, são de responsabilidade dos enfermeiros na unidade a troca de curativos, a passagem de sonda, a liberação do paciente para a realização de exame e o acompanhamento deste, se necessário, a autorização para acompanhante, a solicitação de medicamentos, a administração de quimioterápicos e hemoderivados, etc.

Contudo, de acordo com o Decreto 94.406/87, em seu art. 8º, são atribuições privativas do enfermeiro: a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; a organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; a consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; a consulta de enfermagem; a prescrição da assistência de enfermagem; os cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de morte; os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

Abstraiu-se no hospital da pesquisa que as atividades executadas pelos enfermeiros não contemplam todas as atribuições preconizadas, sobretudo quanto aos cuidados diretos aos pacientes, pois as atividades relacionadas ao gerenciamento da unidade e a resolubilidade de questões institucionais ocupam quase todo o período do turno de trabalho.

A admissão de pacientes na unidade também é realizada pelo enfermeiro, que precisa comunicar o número do leito desse paciente para a farmácia e para o setor de internação.

*Observei que os pacientes são transferidos para a unidade sem que os profissionais sejam informados sobre a necessidade de mantê-lo em isolamento ou não. Observei a médica, gerente da unidade conversando com uma enfermeira sobre a possível elaboração de um documento, que seria de preenchimento obrigatório na transferência do paciente, de modo que, quando o paciente chegasse à unidade, todos teriam acesso a esse tipo de informação. Foi relatado por uma enfermeira o caso de um paciente vindo do CTI que estava colonizado por KPC (Klebsiella pneumoniae Carbapenemase, microrganismo resistente a antibióticos) e os profissionais da clínica médica não foram informados. O paciente foi acomodado em uma enfermaria coletiva, colocando em risco os profissionais que prestam a assistência e os outros pacientes. Após dois dias receberam a informação e transferiram o paciente para um leito isolado(Nota observacional – 23/06/2016 – Tarde).*

Percebe-se que a ausência de uma comunicação eficaz entre os profissionais que atuam nas diversas unidades do hospital pode comprometer a segurança dos pacientes e dos próprios integrantes da equipe de saúde. Essa situação poderia ser tomada como importante recurso para discussão e reflexão da equipe, com vistas a garantir a segurança do paciente num movimento de educação permanente.

A segurança do paciente perpassa pela mudança de processos assistenciais que tenham como objetivo identificar a ocorrência de falhas antes que provoquem danos aos pacientes. Cientes de que os sistemas que prestam assistência à saúde são complexos e a cada dia incorporam mais tecnologias e técnicas, medidas simples e essenciais têm potencial para prevenir e reduzir danos. Entre essas medidas, citam-se: mecanismos de dupla identificação do paciente; melhoria da comunicação entre os profissionais; uso e administração segura de medicamentos; identificação de paciente para realização de procedimento correto; higienização adequada das mãos para a prevenção de infecções; prevenção de quedas e mudanças de decúbito para evitar úlceras por pressão (ANVISA, 2013).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº529, de 1º de abril de 2013, instituiu o programa de segurança do paciente. No art. 4º, inciso VI, fica definida a gestão do risco como elaboração de procedimentos, condutas e controle de riscos que podem afetar a segurança, a saúde, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (BRASIL, 2013b).

No entendimento de Bohrer *et al.* (2016), as transferências internas são consideradas problemas constantes nos hospitais, devido a falhas na comunicação que podem comprometer os fluxos de informação. Esses autores compreendem que o incentivo para a comunicação eficaz e o envolvimento entre equipes é uma ação que deve receber mais atenção por parte dos gestores de organizações hospitalares no Brasil.

*No cenário do estudo, foi possível observar durante uma cena assistencial, quando uma enfermeira comunicou a um médico sobre um acesso venoso periférico vencido numa paciente que se encontrava com a pele e as veias muito finas e esse fato dificultou a realização de um novo acesso venoso. A enfermeira pedia ao médico que avaliasse a possibilidade de se realizar a inserção de um cateter venoso central. O médico disse que avaliaria a paciente. Passaram-se aproximadamente duas horas até o término do plantão e a avaliação não havia sido realizada (Nota observacional – 23/06/2016 – Tarde).*

O cotidiano do trabalho numa unidade de clínica médica é caracterizado por fatores que dizem respeito à oferta e à distribuição dos profissionais, às competências estabelecidas por cada um, à dinâmica das ações realizadas e aos objetivos e finalidades do setor e da instituição. No que se refere às competências e atribuições de cada profissional, há momentos de clara divisão e outros em que parece haver indefinições ou desconhecimento e descomprometimento com as definições de cada área.

Por exemplo, a passagem do cateter venoso central de inserção periférica (PICC) é um processo complexo que exige do profissional conhecimentos específicos. No Brasil, a realização desse procedimento é atribuição privativa de enfermeiros e médicos, desde que tenham realizado cursos e treinamentos que incluam teoria e prática quanto a indicações para uso do cateter, bem como sua manutenção e retirada, priorizando sempre o bem-estar do paciente (COELHO; NAMBA, 2009).

A Resolução do COFEN nº 258/2001 dispõe sobre a atribuição do enfermeiro para inserção e manipulação do PICC, orientando a necessidade de qualificação do profissional para o desempenho dessa atividade.

Neste estudo detectou-se que, neste cenário, somente os médicos realizam esse procedimento. Diante desse achado, questionam-se os fatores que levam a essa condição de o enfermeiro não realizar o procedimento. Esses fatores podem estar relacionados à insuficiência de profissionais para o setor diante das demandas apresentadas ou ainda ao despreparo do profissional para realizar a atividade. Isso posto, a educação permanente é uma saída.

A aprendizagem não pode ser vista como a simples aquisição de conhecimento para o desempenho de atividades complexas, mas sim como processos nos quais os profissionais possuam e compreendam que habilidades e competências específicas são essenciais para o desenvolvimento da prática profissional. Nessa linha, os serviços de saúde podem ser considerados espaços que viabilizem processos educativos embasados na educação permanente (FARAH, 2006).

Mesmo que a complexidade do atendimento oferecido pelos hospitais aumente continuamente, isso demanda profissionais que se mantenham atualizados a fim de agregar novos conhecimentos relacionados à assistência (OLIVEIRA; NICOLA; SOUZA, 2014).

No plantão noturno, há a separação de medicação e algumas vezes se faz necessário acordar o paciente durante a noite para a administração de algum medicamento. Os profissionais que trabalham à noite podem fazer intervalos para o descanso, obedecendo a uma escala prévia, conforme as regras da instituição, podendo sofrer variações entre as distintas unidades que a compõem. Há um quarto com duas camas com colchões e um banheiro, onde os profissionais descansam por determinado período e sempre que necessário são acordados para prestarem assistência.

*Numa manhã, ouvi o relato de uma enfermeira sobre a dificuldade que alguns profissionais possuem em situações de emergência, pois, quando o paciente “parou”, alguns profissionais ficaram de um lado para o outro buscando ajuda. Tempo esse, segunda ela, que poderia reverter o quadro do paciente. Questionei sobre as atitudes que seriam tomadas diante do fato e a enfermeira respondeu que os profissionais aprenderiam com a prática, pois não havia como solicitar um curso básico (Nota observacional – 17/06/2016 – Manhã).*

O processo de trabalho durante um plantão é rotineiro e os profissionais estão acostumados a essa rotina. As dúvidas e questionamentos são esquecidos de um plantão para o outro. Apesar de alguns profissionais se disponibilizarem a aprender e questionarem, não foi possível perceber atitudes que possibilitassem o desenvolvimento de ações com esse propósito.

No relato anterior há a compreensão das dificuldades enfrentadas no processo de trabalho diante de situações inesperadas e que exigem grande habilidade do profissional para agir de forma rápida e assertiva. A enfermeira referencia que esse aprendizado deve ser adquirido na prática, pois não é objeto de curso.

Pode-se compreender que a atuação na saúde exige determinados saberes que advêm de fontes diversas. Há saberes que são apreendidos na prática. Esses saberes são mobilizados por uma aprendizagem que, segundo Giusta (2013, p. 22), “emergiu do pressuposto de que todo conhecimento provém da experiência”. O conhecimento pode, então, ser dimensionado ao registro dos fatos traduzido em repetição do real, resultado do que fora treinado ou adquirido por meio da experiência, apresentando um teor mecanicista.

Porém, há outras concepções educacionais, entre elas a que pressupõe “que todo conhecimento é anterior à experiência”. Nessa concepção, a experiência pode influenciar na percepção e no comportamento, mas não é entendida como condição necessária para a aquisição do conhecimento, entendida como uma concepção idealista (GIUSTA, 2013, p. 24)

Por outro lado, há outro conjunto de saberes capazes de serem apreendidos por assimilação, processo educacional defendido por autores como Teixeira. Para ele, o ato de aprender ocorre primeiramente pela memorização do que foi ensinado para, em sequência, passar ao processo de compreensão de forma que se possa expressar aquilo que foi ensinado e, em seguida, adquirir um modo de agir. Para esse pensador, só se aprende quando se assimila. De modo que, quando necessário, as ações se traduzirão no que foi aprendido, caracterizando-se em um processo de reconstrução e reorganização das experiências (FERRARI, 2008).

Entre várias concepções de educação, salienta-se que a educação permanente em saúde no cotidiano hospitalar deve se organizar considerando os distintos saberes e suas formas de aprendizagem. Esse é um processo complexo que exige disposição, interesse e principalmente iniciativa pessoal e institucional.

Nesse sentido, a não valorização dos questionamentos registrados pelos profissionais no cotidiano indica desafios para a educação permanente em saúde na sua potência e que mesmo com a rotina do serviço poderia modificar a realidade do processo de trabalho.

O trabalho deve ser considerado não somente a transformação de objetos, mas também do próprio profissional, que nesse sentido encontra-se em “movimento dialético de exploração/alienação e de criação/emancipação” (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008, p. 323).

Vivenciar e valorizar os momentos nos quais os profissionais se permitem compartilhar conhecimentos, realizar essa troca de saberes, apresentar dúvidas torna-se essencial para o crescimento individual e coletivo. Os participantes do estudo expressam um desejo de aprender que poderia se transformar num processo contínuo de aprendizado.

A esse respeito, Morosini, Fonseca e Pereira (2008) consideram que educação, trabalho e saúde são entendidos como práticas sociais que compõem o modo de produção da existência humana, produtores e transformadores das relações sociais.

Assim, a educação permanente no processo de trabalho acena para a essência da finalidade educativa: produção e criação do próprio sujeito inserido em determinado contexto social.

A partir dessa afirmativa, apresentam-se os resultados da segunda categoria, que discute os desafios, as possibilidades e as contradições das ações educativas desenvolvidas no cenário do estudo.

## **5.2 Práticas educativas: demandas, apostas e desafios no contexto hospitalar**

Os achados do estudo revelam que, ao abordar as ações educativas, os profissionais referem-se a diferentes conceitos, desde educação em serviço, educação continuada e educação permanente. Destaca-se que esses processos estão associados a diferentes concepções e metodologias e baseiam-se na continuidade das ações, mesmo que os princípios para o seu desenvolvimento sejam distintos.

O conceito de educação em serviço surgiu nas décadas de 60 e 70 nas Conferências Nacionais de Saúde, definido como forma de os profissionais se adaptarem às necessidades de saúde dos serviços públicos, objetivando o desenvolvimento profissional (FARAH, 2003).

Autores enfatizam a importância da educação em serviço, caracterizando-a como um processo educativo que possa ser vivenciado no trabalho, objetivando o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos profissionais diante das mudanças que permeiam o cenário da assistência à saúde, possibilitando a valorização profissional e institucional (PASCHOAL; MANTOVANI; MEIER, 2007).

De acordo com Silva, Pereira e Benko (1989, p. 10), “educação em serviço é um conjunto de práticas educacionais planejadas com a finalidade de ajudar o funcionário a atuar mais efetiva e eficazmente, para atingir diretamente os objetivos da instituição”.

Considerando que tudo que se aprende possa ser colocado em prática com o objetivo de aprimorar o processo de trabalho, os relatos evidenciam o interesse em participar de ações educativas e demonstram um objetivo comum, de iniciativas individuais em busca de um

resultado positivo para coletivo, considerando a necessidade da educação permanente em saúde fazer parte do contexto:

[...] eu acho que a educação permanente é de extrema importância, é na medida que as ações e o processo de assistência são modificados no dia a dia também [...] o setor deve buscar as ações educativas principalmente pra prestar uma boa assistência. (Prótea).

Eu acho que a educação permanente faz parte do nosso trabalho no dia a dia, não tem como você não trabalhar a educação permanente, a gente tem que estar sempre com esse pensamento [...] (Margarida).

Na mesma direção dos dados apresentados, Souza *et al.* (1991) enfatizam que os processos educativos precisam considerar os determinantes e as variáveis que interferem na organização do processo de trabalho em saúde. Assim, o contexto e a finalidade institucional, as características de cada setor e as demandas dos trabalhadores são relevantes no processo educativo, ainda que este tenha como objetivo ampliar a produtividade, eficiência e eficácia dos serviços.

Os inúmeros processos educativos que se conformam no cotidiano do trabalho em saúde servem ao mesmo tempo para alcançar as metas da instituição com melhor desempenho profissional, quanto para propiciar melhorias pessoais e formação para a vida do trabalhador.

Durante a permanência desta pesquisadora no campo, percebeu-se que alguns profissionais valorizam as ações educativas, caracterizando-as como oportunidade de aprendizado. Apesar da elevada demanda de serviço na unidade, nota-se que há interesse em levantar questões e disponibilidade para participar das ações, com o intuito de progredir e promover um cuidado assistencial de qualidade com segurança. É possível identificar, nos relatos dos profissionais, a importância dos processos educativos na assistência

[...] eu acho que tudo que você aprende, você está incorporando no seu trabalho é muito válido, sempre tem inovações, conhecimentos, pesquisa [...] é sempre importante estar mostrando para a equipe (Gardênia).

[...] a gente aprende uma vez e ao longo do trabalho vai melhorando o nosso conhecimento, melhorando a forma como vai cuidar, pensar na assistência [...] (Gérbera).

[...] a gente, às vezes, por causa da correria passa despercebido de muita coisa e o treinamento educativo aprimora as nossas ações [...] (Amarflis).

[...] toda educação, todo aprendizado, tudo o que é discutido acerca do trabalho é importante, para evitar qualquer problema é bom para o profissional e para o paciente, enfim, é bom para toda a equipe [...] (Estrelícia).

Os achados do estudo permitem a compreensão de que a educação permanente em saúde emerge como proposta que possibilita o desenvolvimento pessoal e profissional. E se traduz em importante ferramenta com potencial para transformar o processo de trabalho, por propor uma reflexão sobre a realidade vivenciada, identificando as necessidades existentes para, então, proporcionar mudanças.

As instituições hospitalares, para se manterem sustentáveis e competidoras, devem investir nos profissionais, aumentando sua área de atuação e ampliando seus conhecimentos (GEROLIN;CUNHA, 2013). As ações educativas no cotidiano do trabalho têm cumprido essa função.

Os resultados indicam que o trabalho em saúde demanda a educação como oportunidade para evolução, transformação e melhoria. O trabalho artesanal, vivo em ato, cercado de complexidade e subjetividades, é retratado pelos participantes como requerente da educação como um processo ininterrupto, ainda que seja denominado de treinamento ou formação continuada. Este último termo foi prevalente nas falas dos participantes:

A educação continuada ajuda no sentido de trazer novos conhecimentos, novas instruções [...] (Girassol).

[...] a importância da educação continuada é trazer melhoria para a assistência do paciente, melhorando o nosso conhecimento. (Gerbera)

[...] a educação continuada dá certo porque você passa pra frente [...] tudo isso ajuda bastante na melhoria do cuidado ou às vezes até na orientação de um colega [...] (Antúrio)

Reforçando os achados do estudo, Silva, Pereira e Benko (1989) afirmam que a educação continuada pode ser compreendida como desenvolvimento de práticas educacionais planejadas com o objetivo de possibilitar ao profissional oportunidades de melhoria individuais e em benefício da instituição por meio de um desempenho adequado de suas atribuições. Para a *Organización Mundial de la Salud* (OMS, 1982, p. 130), a educação continuada é um processo que inclui “experiências posteriores ao adestramento inicial que ajudam o pessoal de assistência à saúde a aprender competências importantes para o seu trabalho”.

O adestramento inicial pode ser compreendido como um conhecimento básico instrutivo, de preparação, possibilitando ao profissional o desenvolvimento de determinada tarefa (DICIONÁRIO VIRTUAL). Ao contrário, a educação permanente favorece a reflexão crítica com potencial para transformar o processo de trabalho.

Na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde realizada em 1986, discutiu-se o conceito de educação continuada, destacando-o como processo organizado, permanente, metódico, com uma política de saúde definida, objetivando o que os usuários realmente necessitam (BRASIL, 1986).

Ferreira e Kurcgant (2009) consideram a educação continuada relevante para o âmbito hospitalar, caracterizando-a como essencial para a conscientização e formação profissional quando direcionada para todos os níveis e oferecendo oportunidade de crescimento profissional e pessoal.

Analisando os achados à luz da literatura, é possível compreender que o caráter de continuidade da formação para a melhoria do desempenho funcional está presente nas falas dos participantes. Esse pensamento se aproxima da lógica da educação como condição para o exercício funcional, próprio da abordagem tecnicista.

Cabe considerar que o processo de trabalho em saúde é permeado de regras e normas a serem seguidas, além da divisão de tarefas com a conseqüente mecanização da assistência. Nesse sentido, as ações educativas poderiam ser realizadas com propósitos mais amplos, além da simples transmissão de conhecimento ou o cumprimento de metas.

Coerente com essa compreensão, os achados indicam que a concepção da educação que orienta as ações no cenário de estudo ainda se sustenta no modelo funcional de produção, com ênfase em treinamentos nos quais são realizados cursos de curta duração, para atingir grande número de profissionais e com o objetivo de preparar melhor o profissional para uma função específica.

Na verdade teria que entrar um pouco mais profundamente nos assuntos e não entra, então, assim, acaba que a abordagem dos temas é muito rasteira, porque justamente o que eu preciso passar aquele nível obrigatório e senão não consigo ter a adesão dos profissionais, senão ninguém aparece nos cursos [...] pra mim capacitar 100 pessoas eu faço 10 turmas de 5 [...] oferece na parte da manhã, na parte da tarde, oferece à noite e você vai repetindo aquele curso até você conseguir abordar um número maior de pessoas [...] (Celósia).

Esse modelo educativo encontra ressonância nos processos gerais observados desde a década de 1980, nos quais os hospitais vêm passando por uma reestruturação funcional,

exigindo dos seus profissionais o desenvolvimento de competências. É nesse momento também que o hospital-cenário inicia a discussão sobre os processos educativos inseridos no cotidiano do trabalho.

No programa de capacitação do Hospital das Clínicas, ele foi criado em 1983, então é considerado antigo [...] ele foi criado dentro de um programa de gestão de recursos humanos que se chamava plano integral de desenvolvimento de recursos humanos, então, desde 83, nós temos a prática de elaborar programas de capacitação com o corpo de profissionais do hospital [...] (Celósia).

Sobressai-se no relato a denominação de capacitação para referir-se à educação em serviço. A capacitação de um profissional pode ser entendida como um processo que possibilita o desenvolvimento de habilidades para o desempenho de determinada função.

Com o aumento do nível de escolaridade e o crescente nível de informação das pessoas, bem como a incorporação de novas tecnologias no contexto hospitalar, torna-se essencial o desenvolvimento de programas de educação em serviço. A capacitação está incluída nessa perspectiva, principalmente para a equipe de enfermagem por sua especificidade na prestação da assistência aos pacientes bem como no processo de trabalho em sua totalidade (FERREIRA; KURCGANT, 2009).

Numa organização hospitalar, o número dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem é numericamente bem significativo e por vezes esses profissionais são submetidos a treinamentos antes de iniciarem o desempenho de suas funções (KURCGANT; SIQUEIRA, 2005). Os programas de capacitação podem variar em relação ao conteúdo, ao tempo de duração, à metodologia utilizada e ao modo de avaliação dos resultados, identificando-se a necessidade de um planejamento para que o treinamento seja dinâmico e alcance os objetivos propostos (KURCGANT; SIQUEIRA, 2005).

Nessa perspectiva, o treinamento pode ser entendido como uma ferramenta de capacitação, uma vez que os profissionais passam por diversos treinamentos ao longo do exercício do trabalho, sendo considerados capacitados ao término de cada processo.

O treinamento em serviço é um processo educacional que permite a aquisição de conhecimento, habilidades e atitudes que poderão influenciar no desempenho das funções e pode ser compreendido como capacitação ou como recurso para adaptação a uma nova situação profissional, de forma a atender às necessidades da instituição (OLIVEIRA; NICOLA; SOUZA, 2014).

Reafirma-se o objetivo do treinamento em atender às demandas da instituição, que nem sempre vão ao encontro das necessidades dos trabalhadores. Assim, pode-se explicar o fato de que os treinamentos em geral são pensados e organizados pelo nível central das instituições e são replicados para o conjunto dos trabalhadores. Para alguns, o tema do treinamento poderá fazer sentido, e para outros nem tanto.

Na unidade avaliada neste estudo, o desenvolvimento das ações educativas tem sido organizado no modelo de reprodução do conhecimento por meio da transmissão de saberes. Os depoimentos mostram a predominância do modelo verticalizado de aplicação do conhecimento

[...] a maioria dos cursos [...] são cursos em sala de aula. Então você sai daquele local de trabalho e vai pra sala de aula porque aí você consegue também atingir um número maior de pessoas; você reúne trinta pessoas numa sala e vai discutir um assunto [...] (Celósia).

[...] quando você vai deslocar um, dois profissionais para um treinamento, você já compromete a demanda dos outros, já gera um transtorno maior [...] (Antúrio).

[...] tem ações educativas que a gente precisa sair do setor, aí a gente faz esquemas de ficar no máximo até duas horas fora, a gente organiza a escala de forma que nesse dia não libera folga [...] (Margarida).

[...] sempre tem que fazer no horário de serviço, a escala já é apertada, então se você coloca um, dois funcionários a mais naquele dia do treinamento, vai ficar complicado [...] mas o treinamento tem que acontecer [...] (Orquídea).

[...] é difícil essa questão de liberar o profissional da sua escala de trabalho, mas tudo é negociado dentro do que é possível [...] pra ter mais participação e não ter que repetir o curso tantas vezes para conseguir capacitar todo mundo [...] (Celósia).

As respostas sinalizam a prática educativa sustentada na visão tradicional da educação na qual os profissionais precisam armazenar todas as informações recebidas, caracterizando um processo cumulativo de aquisição de conhecimento.

Essa forma de pensar o processo educativo é contraditória à dinâmica e às situações enfrentadas no cotidiano do processo de trabalho. A contradição se revela na não consideração da dinâmica do processo de trabalho, que é imprevisível e aberta a novos acontecimentos. Nesse sentido, somente a reprodução de saberes e transmissão de conhecimentos não é suficiente para a transformação das práticas. Constata-se que colocar o maior número de profissionais em uma sala de aula atendendo ao modo produtivista não

satisfaz as especificidades de serviço prestado em cada unidade, pois estas têm características assistenciais distintas.

Na abordagem tradicional do ensino considera-se que o homem tem capacidade para gravar todas as informações recebidas, desde as mais simples até as mais complexas, baseando-se na transmissão do conhecimento. Nessa concepção, os conteúdos são antecipadamente sistematizados e o professor exerce o papel de transmissor de conhecimentos e ao aluno compete a reprodução do que fora ensinado, caracterizando-se assim o processo de aprendizagem (LEÃO, 1999).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 45), no campo da capacitação dos profissionais da saúde as mudanças de concepção não conseguiram alcançar a superação do enfoque centralizado na transmissão de conhecimento por meio de aulas. Essa abordagem ainda se mantém no desenvolvimento de várias propostas, tendo como possível justificativa a persistência do modelo escolar nas formas de pensar a educação.

Destaca-se que o ambiente do trabalho poderia ser utilizado como panorama para o desenvolvimento de ações educativas, considerando-se a própria experiência cotidiana, repleta de desafios e dúvidas, na qual o profissional tem a possibilidade de desenvolver um trabalho cooperativo e mudar a própria realidade. Quando as ações educativas não adotam esse modelo, percebe-se a resistência dos profissionais:

[...] o formato capacitação de tirar a pessoa do setor naquele momento pra dar um tema específico, eu acho que é uma estratégia que as pessoas correm automaticamente... então, a gente teria que talvez pensar em... pegar a pessoa no ambiente de trabalho e simular dentro do ambiente de trabalho determinadas circunstâncias como se você viesse para o cotidiano dessa pessoa... se a gente conseguisse simular isso aqui em tempo real, num leito do sétimo norte, num leito do sétimo leste, eu acho que isso sensibilizaria [...] (Gerânio).

[...] aquele formato sala de aula, falar sobre um tema, pode existir também, mas eu acho que nesse momento isso já é visto como uma coisa maçante e que eu não vejo um grande resultado nas instituições que só trabalham nesse formato, a pessoa assina que foi num treinamento, ela não lembra as vezes nem que foi naquele treinamento [...] (Gerânio).

[...] a enfermagem que trabalha com a escala muito justa tem muita dificuldade de liberar o profissional para os cursos de capacitação, a gente sempre procura enxugar ao máximo as capacitações, então um curso que duraria três horas, vai durar cinquenta minutos [...] senão eu não consigo ter a adesão dos profissionais, senão ninguém aparece nos cursos [...] (Celósia).

As declarações demonstram a necessidade de superar o modelo tradicional da transmissão de conhecimentos e saberes. Os participantes reconhecem que os treinamentos e capacitações não devam ser abolidos, mas ajustados às demandas dos trabalhadores e do setor. Nesse sentido, poder-se-ia instalar os princípios da educação permanente cujo objetivo não se trata somente de uma ação de treinar com a finalidade para o exercício de uma atividade, mas da possibilidade de construção da autonomia (DEMO, 1996). O autor acrescenta que educar não é só ensinar, instruir, treinar, domesticar, mas envolve a construção de autonomia do sujeito.

Nessa direção, os participantes descrevem a compreensão de que o trabalho que realizam exige aprimoramento constante diante das novidades que o cercam; mas também reconhecem a necessidade de um processo educativo conectado com as reais demandas do trabalho.

[...] eu acho que tudo que você aprende, você está incorporando no seu trabalho é muito válido, sempre tem inovações, conhecimentos, pesquisa [...] é sempre importante estar mostrando para a equipe (Gardênia).

[...] a gente nunca vai saber tudo, então é uma área que o tempo todo tem coisas novas, eu acho importante pela questão da melhoria da qualidade da assistência [...] assim a gente estar aprimorando o conhecimento (Narciso).

[...] traz novas expectativas, espero assim melhorar a cada dia e essas ações trazem mais segurança [...] você vai fazer as coisas da forma que têm que ser feitas e trazer qualidade para o paciente e segurança pra mim enquanto profissional (Girassol).

[...] aprender mais a cada dia, a gente é ser humano e todo dia tem que aprender, por mais que você ache que sabe tudo, naquele momento você aprende alguma coisa nova [...] (Amarílis).

O desenvolvimento de competências, habilidades e conhecimentos favorece a integração do profissional no trabalho, de modo que suas experiências sejam articuladas no enfrentamento de situações que são cada vez mais complexas com a diversidade das profissões, as exigências dos usuários e as inovações tecnológicas (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Desse modo, espera-se que os profissionais possam desenvolver um trabalho coletivo com habilidade para aprender e ensinar, bem como atuar na resolubilidade de problemas originados no trabalho, objetivando a melhoria da qualidade assistencial.

A educação permanente aparece como uma exigência na formação do sujeito, sendo necessário ter como características principais a autonomia e a capacidade de aprender o tempo todo, de relacionar teoria e prática, prática e teoria, compreendendo, desse modo, o conhecimento e a ação como inseparáveis (PASCHOAL; MANTOVANI; MEIER, 2007).

Furter (1974) destaca a importância do processo de educação permanente sustentado em princípios de liberdade, pois dessa forma possibilita o desenvolvimento individual do raciocínio crítico, tendo como consequência uma autonomia com potencial de propiciar a reformulação de conceitos, hábitos e atitudes, enfatizando o desenvolvimento social. Desse modo, a EP pode ser compreendida como um processo de formação para a vida, promovendo a autonomia e a transformação de si mesmo e influenciando transformações no meio em que vive.

Nessa perspectiva, Bárcia (1982) reforça que vivemos em constante processo de transformação, ocasionando a necessidade de adaptações para que possamos viver e conviver melhor, de modo que o desenvolvimento da educação torna-se fundamental ao longo da vida.

Associados à noção de inovação, os achados indicam que os processos educativos desejados pelos participantes devem ter caráter de validade e utilidade.

Ayres (2009) reconhece o sujeito como constituinte de si mesmo, autêntico, com suas necessidades e valores, com potencial para produzir e transformar sua própria história. Esse autor aduz que a atitude de cuidar não pode ser considerada subordinada e fragmentada, precisa ser uma atitude cuidadora expressa pela totalidade das possíveis intervenções em saúde. Para tal execução, precisa-se de conhecimentos que instrua de forma a que se possa ampliar os saberes e aplicá-los no cotidiano.

O momento assistencial pode ser caracterizado, então, como um espaço no qual se deve valorizar a sabedoria prática, refletindo-se em processo reflexivo (AYRES, 2000).

Nessa linha encontra-se o desafio de realizar ações educativas nas quais predomine o saber prático, uma vez que o interesse e a disponibilidade em apreender o conhecimento partem da necessidade de saber para aplicar no cotidiano do trabalho.

Na unidade clínica médica, aqui analisada, obteve-se que a mecanização da assistência se sobrepõe à vontade de aprender, pois se percebe o predomínio da forma escolar de aplicação do conhecimento, sendo esta útil para os gestores, mas muitas vezes inútil para aplicação no processo de trabalho. Em concordância, a literatura referencia que a mecanização proporciona uma forma de conhecimento pretendido como funcional e útil,

reconhecido menos pela capacidade de compreender a fundo a realidade do que pela capacidade de domínio e possível transformação (SANTOS, 1988).

Assim, ainda que exista vontade de apreender novos conhecimentos, a ausência de incentivo para o aprendizado - verificado pelo desinteresse em responder às dúvidas cotidianas, por exemplo - e a não valorização dos saberes agregados ao desenvolvimento de atividades mecanizadas levam à acomodação. Com isso, resultam-se sentimentos de insatisfação e insegurança quanto à realização de procedimentos, considerando que todos os envolvidos no processo assistencial têm consciência da evolução constante das tecnologias de saúde.

Nesse aspecto repleto de desafios, encontra-se a educação permanente, a qual permeia por um processo de continuidade do conhecimento e de transformação no trabalho. A EP tem potencial para mudar o próprio ser, pela a troca de saberes e porque o aprendido pode ser dividido e aplicado na vida, tendo-se que o conhecimento útil e válido é aquele no qual o trabalhador se reconhece.

Faz-se importante considerar a necessidade de a educação permanente fazer sentido para o profissional, de modo que ele se reconheça nesse processo constante de educação. Segundo Merhye Feuerwerker (2009), essas oportunidades acontecem por meio da criação de espaços coletivos de reflexão, de modo que os diversos atores conheçam o conjunto do trabalho desenvolvido e possam conhecer e reconhecer o valor individual e singular de cada profissional nas produções de saúde.

A Organização Mundial da Saúde considera a importância do aprendizado no trabalho como aprendizado para toda a vida, devendo fazer parte o treinamento, o incentivo à inovação e o trabalho em equipe (OMS, 2006).

Paschoal, Mantovani e Meier (2007) opinam que a educação pode ser compreendida como um processo dinâmico e sucessivo de construção de conhecimento, por meio do desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico-reflexiva. Desse modo, as relações interpessoais levam à concepção de um compromisso pessoal e profissional, promovendo mudanças na realidade, não sendo considerada somente uma exigência para a vida em sociedade.

Freire considera que o essencial no processo ensino-aprendizagem é possibilitar o desenvolvimento da capacidade de quem aprende, criando espaços para a pesquisa, aprendendo a aprender, constituindo desse modo uma parceria entre quem ensina e quem aprende (FREIRE, 1996).

No entendimento de Paulo Freire, o ensino não depende exclusivamente do professor e a aprendizagem não pode ser entendida como finalidade única para o educando. “Quem forma se forma e reforma ao formar, e quem é formado forma-se e forma ao ser formado”, assim como “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” (FREIRE, 1996 p. 25).

Cabe ainda ressaltar que Gadotti, cuja obra se fundamenta nas concepções de Freire, indica a necessidade de um processo de ensino-aprendizagem no qual o educando, no caso da educação em serviço, participe da construção do “seu” conhecimento e não apenas “aprendendo o conhecimento” (GADOTTI, 1992, p. 70).

Esse entendimento colabora na análise dos achados, pondo em relevo os desafios de promover uma educação no processo de trabalho no cenário deste estudo. Compreende-se que a dinâmica do trabalho em saúde observado, relatado na primeira categoria, tem como características a mecanização, a repetição rotineira dos fazeres e poucos espaços para a problematização das dúvidas, questões e anseios no cotidiano do trabalho. A invenção de outra maneira de se fazer as ações educativas mostra-se desafiante.

[...] os profissionais aqui são um pouco resistentes [...] eles querem vir, fazer o trabalho deles sem ter atraso nenhum durante o plantão deles. Então, eles não estão muito preocupados com esse quesito de melhorar a assistência, de ter uma ação educativa. Eles têm muita preocupação em fazer aquele trabalho rotineiro do dia a dia (Violeta).

[...] no dia que vai acontecer o treinamento a gente sente que um pouco de corpo mole do funcionário [...] ele fala que tem muita medicação, fala que tem banho, fala que tem isso que tem aquilo [...] uns funcionários gostam e outros preferem não fazer, preferem somente entrar fazer o serviço dele e ir embora (Orquídea).

Identifica-se, pelas falas, que existe uma dissonância determinada por discursos que evidenciam o desinteresse dos profissionais em participar das ações educativas, ressaltando somente preocupação em realizar suas atividades diárias. Mas há outros profissionais que acentuam a importância dos processos educativos, mas que sejam relevantes para a prática profissional. Considera-se a necessidade de viabilizar processos educativos pautados nas concepções da educação permanente em saúde de maneira que atendam às demandas do processo de trabalho conforme as necessidades de cada área profissional.

A dissonância entre a necessidade educativa e a realização do trabalho é uma contradição. Isso porque se espera que o trabalho demandasse constantemente o

aperfeiçoamento e a reinvenção do trabalho, portanto, processos educativos. Em parte, essa contradição deriva da mecanização do trabalho descrita na primeira categoria.

Outro achado que pode explicar a distância entre o que acontece e o que é esperado é o afastamento do enfermeiro do cotidiano da assistência. O enfermeiro por vezes desconhece a dinâmica do trabalho desenvolvido pelo técnico de enfermagem, pois se encontra envolvido nas atividades de gerência e longe da assistência direta ao paciente. Assim, como os processos educativos de modo geral são pensados, preparados ou reproduzidos pelo enfermeiro da unidade, muitas vezes esses processos não atingem o público-alvo com conhecimentos úteis e válidos para a prática assistencial, na perspectiva do trabalhador. Com isso, o enfermeiro é incapaz de compreender que existem outros fatores determinantes da insatisfação e/ou não participação dos técnicos de enfermagem nos treinamentos.

Cabe informar que, ao longo do tempo, a enfermagem vem acumulando conhecimentos. As atividades desempenhadas por seus profissionais ainda são fundamentadas em normas e rotinas, realizadas, por vezes, sem reflexões e problematizações, mesmo com a mudança no perfil dos pacientes, da organização das instituições e do avanço tecnológico na área da saúde (REGIS; PORTO, 2011).

Quando questionados, os trabalhadores manifestam a importância das ações educativas realizadas no cotidiano.

O sétimo é um andar complexo, os pacientes demandam muito da assistência da enfermagem. A enfermagem aqui não para, a gente corre o tempo todo, parece que a gente trabalha o tempo todo apagando fogo [...] (Antúrio).

Eu acho que deveria ser um investimento contínuo, a educação permanente, eu acho que hoje em dia não é, você fica um pouco desmotivado, você fica apagando fogo e não tem tempo pra parar pra fazer essa educação [...] (Copo-de-leite).

De modo geral, as demandas por aspectos continuados de formação requerem processos rápidos, pontuais, com exigência de poucos esforços dos trabalhadores, direcionadas para algum procedimento ou atividade específica.

Que ela seja rápida, seja bem objetiva e de curta duração (Prótea).

É bem objetivo [...] procurando assim, melhor o processo de trabalho [...] (Margarida).

Você vê assim uma coisa que está mais gritante, então vamos tentar treinar aquilo que está ali mais urgente [...] (Copo-de-leite).

Através da demanda do serviço a gente identifica que o funcionário não está sabendo fazer corretamente e vê que precisa de um treinamento [...] (Orquídea).

As opiniões demonstram que a obrigatoriedade em participar das ações educativas persiste mesmo quando esta não está diretamente relacionada ao processo de trabalho desenvolvido pelo profissional no setor de lotação. Isso implica a demanda do serviço e provoca nos profissionais um descontentamento em participar das ações, acarretando falta de interesse e motivação. Os participantes revelam também desmotivação diante da inexistência ou insuficiência de estímulos tais como remuneração e aplicabilidade prática no trabalho cotidiano.

[...] alguns demonstram melhoria nas ações e absorção do conteúdo, outros não se demonstram satisfeitos em participar [...] é obrigatório para todos [...] enfermeira (Centáurea).

[...] você não recebe hora extra e nenhum incentivo em relação a isso, tem a adesão porque a gente é obrigado a ir mesmo [...] (Antúrio).

Que seja algo que realmente se veja no setor [...] tem certas práticas educativas que a gente não consegue aplicar no cotidiano (Gérbera).

Para que sejam produzidas mudanças nas práticas e, principalmente, para provocar transformações nos serviços de saúde, é imprescindível privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e possibilitar o desenvolvimento de uma reflexão compartilhada e sistemática (BRASIL, 2009, p. 49).

A educação permanente no processo de trabalho em saúde tem como objetivo possibilitar a qualificação das ações, dos sujeitos e da própria instituição, viabilizando uma possível transformação nas práticas realizadas nos serviços de saúde (FARAH, 2006).

A mudança na prática necessita partir de uma revisão crítica das práticas atuais, bem como da elaboração de novos acordos entre os grupos de trabalho e as regras organizacionais. O aprendido não deve ser empregado como um novo hábito e sim como outra forma de relacionar-se ou de atuar. Esse aprendizado necessita de “uma intervenção educativa deliberada cujo eixo principal seja a discussão crítica das práticas concretas”, além de promover o envolvimento coletivo (BRASIL, 2004).

Ricaldoni e Sena (2006) manifestam que o desafio da educação permanente é conscientizar os profissionais de saúde, objetivando desenvolvimento da consciência sobre seu âmbito de trabalho, por meio da sua responsabilidade na construção contínua do processo permanente de educação.

Desse modo, evidencia-se a necessidade de avanços nos processos educativos no cotidiano de trabalho no hospital objeto deste estudo, sobretudo com o intuito de viabilizar ações mais dirigidas para as demandas e as necessidades dos trabalhadores e em consonância com a realidade do setor.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo permitiram analisar que no hospital aqui avaliado o processo de trabalho da equipe de enfermagem é marcado por uma rotina diária, com divisão de tarefas e responsabilidades diferentes entre os profissionais e a mecanização da assistência, a hierarquização profissional e o distanciamento do enfermeiro do cuidado direto ao paciente.

Essa forma de organizar o trabalho assenta-se no modelo funcional e tem implicações nos processos educativos com repercussões na qualidade assistencial.

De modo geral, a dinâmica do trabalho, mesmo com suas repetições, é um espaço de dúvidas, questionamentos e incertezas que poderiam ser utilizadas como disparador das ações que exigem educação permanente. Contraditoriamente, nem sempre se aproveita o potencial que emana do trabalho vivo para se pensar e organizar as ações educativas no trabalho.

Quando acontecem, as ações educativas são sustentadas predominantemente num modelo verticalizado de transmissão do conhecimento. É possível identificar insatisfação profissional, evidenciando-se necessidade de mudança, uma vez que, devido a diversos fatores, entre eles a sobrecarga de trabalho, número insuficiente de profissionais atuantes e ausência de incentivo, não se percebe no momento atual uma perspectiva de transformação no processo de trabalho.

A construção deste estudo permitiu identificar que são utilizadas várias nomenclaturas para denominar as ações educativas que acontecem no contexto hospitalar, traduzindo-se num sentido no qual o importante é a ação educativa ser útil para o profissional no seu processo de trabalho, sem importar sua denominação. Salienta-se a importância de essas ações acontecerem de modo a possibilitar melhora contínua no processo de trabalho, valorizando os profissionais e todo conhecimento que trazem consigo, bem como, considerando que a prática nesse caso se encontra em constante transformação.

O caráter continuado das modificações no cotidiano exige, em igual medida, continuidade na formação dos trabalhadores. Nessa perspectiva, é possível compreender a importância da permanência das ações educativas no processo de trabalho em saúde.

No cotidiano do trabalho existem os problemas rotineiros e os que surgem devido à necessidade do próprio serviço. Cabe ressaltar a importância da educação permanente, pois

é preciso compreendê-la como um processo contínuo que esteja presente ao longo da vida pessoal e profissional.

É possível inferir a necessidade de realização de ações educativas direcionadas para as distintas categorias profissionais, havendo distinção e singularidade no desenvolvimento do processo de trabalho de cada profissional. Dessa forma, encontra-se a educação permanente com potencial para possibilitar a efetivação dessas ações, bem como ser utilizada como recurso para a promoção de encontros que visem à troca de saberes e experiências.

Os resultados deste estudo permitem concluir que a educação permanente tem potencialidades intrínsecas às demandas e perspectivas do hospital e que sua concretização deve acontecer na articulação dos saberes imprescindíveis à transformação das práticas no processo de trabalho em saúde.

A realização do estudo permitiu ainda levantar novas questões que exigem reflexões e novas pesquisas. Entre estas, cita-se a necessidade de acompanhar as ações educativas desenvolvidas e analisar a inserção e os acúmulos de que os trabalhadores se apropriam nestas e destas ações que não puderam ser captadas neste estudo.

Mesmo reconhecendo a provisoriidade que é inerente a pesquisas dessa natureza e o seu caráter localizado na realidade do cenário do estudo, esta investigação considera que foi possível alcançar o objetivo pretendido. Com isso, é possível afirmar que há desafios para a inserção da educação permanente com seus princípios norteadores no processo de trabalho em saúde, repercutindo em mudanças nas práticas assistenciais.

Assim, confirmou-se em parte o pressuposto inicial do estudo, uma vez que as ações educativas adquirem um caráter que leva a benefícios individuais e coletivos, além de favorecer o crescimento institucional. Todavia, e sustentada na dialética que aceita em si a negação da negação, também se concluiu que as ações educativas pautadas no diálogo e na reflexão crítica em que os profissionais de saúde são instigados a se colocarem ético-social e politicamente ainda se apresentam muito mais no campo teórico do que prático da realidade estudada, requerendo esforços para um processo contínuo de transformação do fenômeno.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA) - BR. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Cartilha. Brasília (DF): ANVISA; 2013.

ANTUNES, R. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. The society of illness at work. **Serv Soc Soc**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015

ANTUNES, R. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO. **Anais...**, São Paulo, 28 e 29 de novembro de 2008.

ARANHA, M.L.A.; MARTINS, M.H.P. **Filosofando**: introdução à Filosofia. 3. ed. rev. São Paulo: Moderna, 2003.

AUED, G.K. *et al.* Clinical competences of nursing assistants: a strategy for people management. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v. 69, n. 1, p. 130-7, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690119i>.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, 2000.

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado**: trabalho e interação. 1. ed., CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, Rio de Janeiro, 2009.

BACKES, D.S. *et al.* O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n. 3, p. 319-326, jul./set., 2008.

BARBOSA, P.M.K. *et al.* Organização do processo de trabalho para passagem de plantão utilizando escore para dependência e risco clínico. **RAS**, v. 15, n. 58, jan-mar, 2013.

BÁRCIA, M.F. **Educação permanente no Brasil**. Petrópolis, Vozes. 1982. 86 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed. rev e atual. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p. ISBN 9788562938047.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Rego, L.A. e Pinheiro, A. Lisboa: Edições 70 (obra original publicada em 1977), 2006.

BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BOHRER, C.D. *et al.* Communication and patients safety culture in the hospital environment: vision of multiprofessional team. **Rev Enferm**, UFSM, v. 6, n. 1, p. 50-60, Jan.-Mar., 2016.

BRASIL. Conferência Nacional de Recursos Humanos. **Relatório final**. Brasília; 1986.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: MEC, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial**, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_1996-de\\_20\\_de\\_agosto-de-2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf). Acesso em: 1º jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 141, n. 32, Seção 1, p. 37-41, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Programas e ações**. 2013a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br>. Acesso em: dezembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília; 2013b, abr 2. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: **Cadernos RH Saúde**, v. 3, n. 1, mar. 2006.

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: polos de educação permanente em saúde - conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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 Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 64 p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 05 out. 1988.

CABRAL, J.V.B. *et al.* Fatores de risco para quedas em idosos hospitalizados. **Holos**, ISSN 1807-1600, ano 32, v. 3, 2016.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.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, 2004.

CECCIM, R.B. **Réplica**. Interface (Botucatu) [online], v. 9, n. 16, pp. 175-177, 2005. ISSN 1807-5762.

COELHO, N.A.; NAMBA, M. Cateter central de inserção periférica: cuidados de enfermagem. **RevEnferm UNISA**, v. 10, n. 2, p. 167-71, 2009.

COROPES, V.B.A.S. *et al.* Permanent education in the daily life of nursing managers in the process of hospital accreditation. **Revenferm UFPE** online, Recife, v.10, n. 3, p. 1088-93, mar., 2016.

CURY, C.R.J. Direito à educação: direito à igualdade, direito à diferença. **Cad Pesquisa** [online], n. 116, pp. 245-262, 2002. ISSN 0100-1574.

DELORS, J. (org.) **Educação, um tesouro a descobrir**: Relatório da UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo: Cortez: Brasília, DF: MEC, UNESCO. 2010.

DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. Campinas: Autores Associados, 1996.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, UFPR, n. 24, p. 213-225, 2004.

FAGUNDES, N.C. *et al.* Continuing professional development in health for working nurses. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. e 11349, 2016.

FARAH, B.F. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde**: as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família -experiência do município de Juiz de Fora/MG. Tese (Doutorado em Medicina) –Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006.

FARAH, B.F. **Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde**: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, v.6, n.2, p.123-125, jul./dez. 2003.

FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FERRARI, M. Os grandes pensadores: 41 educadores que fizeram história da Grécia Antiga aos dias de hoje. **Rev Nova Escola**, Belo Horizonte: Abril, 10/2008. Disponível em: <http://revistaescola.abril.com.br/edicoes-especiais/022.shtml>. Acesso em: dezembro de 2015.

FERRAZ, F. *et al.* Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Saúde TransfSoc**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2012.

FERREIRA, J.C.O.A.; KURCGANT, P. Directors of nursing point of view of the professional capacitating program for nurses working in major teaching medical centers. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 1, p. 31-6, 2009.

FEUERWERKER, L.C.M.; CECILIO, L.C.O. Hospitals and health professional education: contemporary challenges. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FURTER, P. **Educação permanente e desenvolvimento cultural**. Tradução de Teresa de Araújo Penna. Petrópolis: Vozes (ed. limitada), cap. 4, 1974, p. 111-159.

GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. 10. ed., São Paulo: Cortez, 1997.

GADOTTI, M. **Contribuição de Paulo Freire ao pensamento pedagógico mundial**. Cátedra Paulo Freire, Universidade Nacional da Costa Rica, 2001. Disponível em: <http://acervo.paulofreire.org:80/xmlui/handle/7891/3251>. Acesso em: dezembro de 2015.

GADOTTI, M. **Diversidade cultural e educação para todos**. Juiz de Fora: Graal. 1992.

GEROLIN, F.S.F.; CUNHA, I.S.K. O. Modelos assistenciais na enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p. 33-36, 2013.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed., São Paulo: Atlas, 2010. 184 p. ISBN 9788522458233(broch.).

GIUSTA, A.S. Concepções de aprendizagem e práticas pedagógicas. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 29, n. 01, p. 17-36, mar. 2013.

GONÇALVES, M.I. *et al.* Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, p. e2310014, 2016.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

GOULART, B.F.; COELHO, M.F.; CHAVES, L.D.P. Nursing staff in Hospital Attention: Integrative Review. **Revenferm UFPE online**, Recife, v. 8, n. 2, p. 386-95, fev., 2014.

HADDAD, J.Q.; ROSCHKE, M.A.; DAVINI, M.C. (Ed.). **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington, DC: Organización Pan-americana de La Salud, 247 p. 1994.

KALSING, A. *et al.* Análise de fatores de risco de queda em idosos internados em um hospital terciário no sul do Brasil. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 13, n. 1, p. 48-60, jan./abr. 2016.

KURCGANT, P.; SIQUEIRA, I.L.C.P. Shift report: talking about paradigms and strategies. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 4, p. 446-51, 2005.

LAHM, J.V.; CARVALHO, D.R. Prontuário eletrônico do paciente: avaliação de usabilidade pela equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 20, n. 1, p. 38-44, jan.-mar., 2014.

LEÃO, D.M.M. Paradigmas contemporâneos de educação: escola tradicional e escola construtivista. **Cadernos de Pesquisa**, n. 107, p. 187-206, julho/1999.

LIMA, R.S. *et al.* Representation of nurse's managerial practice in the inpatient unit: perspective of nursing staff. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 1, p. e54422, mar., 2016.

LORENZETTI, J. *et al.* Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1104-12, out-dez, 2014.

MALIK, A. M. Trabalho em hospitais. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, p. 63-72, 2012.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7. ed., São Paulo: Atlas, 2013. 225 p. ISBN 9788522448784 (broch.).

MARIN, H.F.; CUNHA, I.C.K.O. Perspectivas atuais da Informática em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 3, Brasília, maio-jun., 2006.

MARTINATO, M.C.N.B. *et al.* Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 1, p. 160-6, mar., 2010.

MARQUES, D.O.O. Absenteísmo: doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 5, p. 876-82, set-out., 2015.

MATOS, E.; PIRES, D. Administrative and work organization theories: from Taylor to current times; influences in healthcare and nursing. **Texto contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.3, Jul./Sept., 2006.

MATOS, E.M.E.; PIRES, D.E.P.; SOUZA, G.W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 5, p. 775-81, set-out., 2010.

MAZIERO, V.G. *et al.* Quality control of patients' monitoring records in a University Hospital. **REME. Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, p. 171-176, 2013.

MENDES, S.S.; MARTINO, M.M.F.; Shift work: overall health state related to sleep in nursing workers. **Rev Esc Enferm**, USP v. 46, n. 6, p. 1471-6, 2012.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: UFS, 2009, p.29-74.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em saúde. *In*: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface Comum Saúde Educ.**, v.9, n.16, p. 161-77, 2005.

MICCAS, F.L.; BATISTA, S.H.S.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MINAYO, M.C.S. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. 1. ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 380 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed., São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

MÖLLER, G.; MAGALHÃES, A.M.M. Banho no leito: carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1044-52, out.-dez., 2015.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. 2. ed., São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2000.

MOROSINI, M.V.; FONSECA, A.F.; PEREIRA, I.B. Educação em Saúde. *In*: PEREIRA, I.B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2. ed. rev. ampl., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

NASCIMENTO, F.D. **Práticas de educação permanente implementadas nos serviços de saúde no Brasil a luz dos preceitos político e conceitual de educação permanente em saúde**. Monografia (Especialização) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

NOGUEIRA, C.M.M.; NOGUEIRA, M.A.A Sociologia da educação de Pierre Bourdieu: limites e contribuições. **Educ Soc**, Campinas, v. 23, n. 78, abr., 2002.

OLIVEIRA, J.L.C.; NICOLA, A.L.; SOUZA, A.E.B.R. Index of nursing training as indicator of quality of human resource management. **Rev Enferm UFSM**, v. 4, n. 1, p. 181-188, Jan.-Mar., 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (OMS). **Trabalhando juntos pela saúde: Relatório Mundial de Saúde 2006**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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

PASCHOAL, A.S.;MANTOVANI,M.F.;MEIER,M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc de Enferm, USP**. v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

PEDUZZI, M. *et al.* Atividades educativas de trabalhadoresaatençãoprimária: concepções de educação permanente e de educação continuada emsaúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúdeem São Paulo. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.13, n.30, p.121-34, jul./set.2009.

PEDUZZI, M. *et al.* Educación interprofesional: la formación de profesionales de la salud para el trabajo en equipo con enfoque en los usuários. **Rev Esc Enferm, USP**, v.47, n.4, São Paulo, Aug. 2013.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. *In*: PEREIRA, I.B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev.ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PEIXOTO, L.S.*et al.* Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos. **Enferm glob** [online], v. 12, n. 29, p. 307-322, 2013. ISSN 1695-6141.

PEIXOTO, L.S. *et al.* Perception of nurses in relation to training services of fered through the service of continuous education. **J Res Fundam Care**.[online], v.7, n.2, p.2323-2335, abr./jun., 2015. ISSN 2175-5361.

PEIXOTO, L.S. *et al.* Permanent, continuous and of use education: revealing its concepts. **EnfermGlob**, v. 12, n. 1, p. 307-22, 2013.

PIRES, D.P. Nursing as discipline, profession, and labour. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-44, set-out., 2009.

PIRES, D.P. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev Bras Enfermagem**, v. 53, p. 251-63, 2000.

QUEIROZ, A.C.S.; BARBOSA, A.P. Racionalidade e incorporação de tecnologia em saúde: a experiência de um hospital de alta complexidade em S. Paulo. **RAE-Eletrônica**, v.2, n. 1, jan-jun/2003.

REGIS, L.F.L.V.; PORTO, I.S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. **Rev Esc Enferm, USP**,São Paulo, v.45, n.2, abr., 2011

RICALDONI,C.A.C.;SENA,R.R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev Latino Am Enferm**, v.14, n. 6, p. 837-42, 2006.

ROSA, J.*et al.* Ações educativas de assistência em enfermagem em ambiente hospitalar: a atenção a pais e familiares de neonatos em fototerapia. **Rev Enfermagem FW**, v. 8, n. 8, p. 154-165, 2012.

ROVERE, M.R. **Gestion estratégica de la educación permanente em salud.** In: HADDAD, J.Q.; ROSCHKE, M.A.; DAVINI, M.C. Educación permanente de personal de salud. Washington: OPS, 1994. (Série Desarrollo de Recursos Humanos nº 100).

SAMPAIO, D.M.N.; VILELA, A.B.A.; PIRES, V.M.M.M. Processo de trabalho em saúde com ênfase na enfermagem: uma reflexão dos conceitos, componentes e contexto histórico. **Rev Saúde Com**, v. 8, n. 2, p. 61-68, 2012.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev Bras Enferm** [online], v. 60, n. 2, p. 221-224, 2007. ISSN 0034-7167.

SANTOS, B.S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. A visita do Prof. Estudo Av, São Paulo, v.2, n.2, maio-ago., 1988. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141988000200007>.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa das relações sociais.** São Paulo: Herder, 1965.

SENNA, R.R.; SILVA, K.L. **Educação permanente em saúde e os modos de pensar e fazer gestão, atenção, formação e participação no e para o SUS.** Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – NUPEPE/UFMG, 2014.

SILVA, C.T. *et al.* Permanent health education based on research with professionals of a multidisciplinary residency program: case study. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 3, p. 49-54, 2014.

SILVA, M.F. *et al.* Communication in nursing shift handover: pediatric patient safety. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 3, p. e3600015, 2016.

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

SOUZA, A.M.A. **Processo educativo nos serviços de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde - OPS, 1991

SOUZA, R.C.R. *et al.* Permanent education in nursing and the interface with the hospital ombudsman. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 85-94, out./dez.2010.

STROSCHEIN, K.A.; ZOCHE, D.A.A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, nov.2011/fev.2012.

TAKAHASHI, R.T.; CASTRO, L.C. Perception of nurses on the learning evaluation process in training programs in a São Paulo Hospital. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p. 305-11, 2008. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/2008](http://www.ee.usp.br/reeusp/2008). Acesso em: dez. 2016.

TEIXEIRA, A. **A Pedagogia de Dewey** (esboço da teoria de educação de John Dewey). Coleção Os Pensadores - Dewey. São Paulo, Abril Cultural, 1985.

TRONCHIN, D.M.R. *et al.* Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicashospitalares. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 1210-5, 2009.

VAGHETTI, H.H. *et al.* Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 1, p. 87-93, 2011.

VIANNA, H.M. **Pesquisa em educação: a observação**. Brasília: Liber Livro, Universidade Católica de Brasília, 2007. 108 p. (Pesquisa; 5). ISBN 8598843547.

WERTHEIN, J.; CUNHA, C. Fundamentos da nova educação. Brasília: UNESCO. **Cadernos UNESCO**, 2000. 84 p. Série educação; 5.

<http://www.brasil.gov.br/governo/2014/10/o-papel-de-cada-ente-da-federacao-na-gestao-da-saude-publica> (acesso em 14/11/2016 às 14:49).

[www.corenmg.gov.br](http://www.corenmg.gov.br) E-mail: [gab@corenmg.gov.br](mailto:gab@corenmg.gov.br) (acesso em 07/11/2016 s 13:37).

<https://www.dicio.com.br/aestrar/>

## APÊNDICES E ANEXO

### Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: *Educação permanente no processo de trabalho da enfermagem em uma unidade hospitalar.*

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a educação permanente no processo de trabalho em saúde em uma unidade de clínica médica de um hospital público de ensino de Belo Horizonte.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade, complicações legais ou perda de benefícios.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Você não será identificado(a) em qualquer publicação que possa resultar deste estudo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa pelo telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, pelo telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

Será realizada entrevista com roteiro semiestruturado e gravação. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Ao participar desta pesquisa o(a) senhor(a) não terá algum benefício direto. Entretanto, espera-se que este estudo traga informações importantes sobre a prática dos profissionais de saúde, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa trazer benefícios e favorecer discussões sobre a educação permanente em saúde. O(A) senhor(a) não terá algum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG): Av. Antônio Carlos, 6.627- Unidade Administrativa II, 2º andar – sala 2005 – *Campus* Pampulha – Belo Horizonte MG (31) 3409-4592 *e-mail*: coep@prpq.ufmg.br e Comitê de Ética da Prefeitura de Belo Horizonte (COEP/PBH): Av.

Afonso Pena, 2.336, 9º andar – Bairro Funcionários – Belo Horizonte MG (031) 3277-5309  
*e-mail*: coep@pbh.gov.br

Esta pesquisa foi aprovada pelo COEP/UFMG com o parecer de nº \_\_\_\_\_ e aprovada pelo COEP/PBH com o parecer de nº \_\_\_\_\_.

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Tendo sido informado (a) de maneira clara e objetiva, eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs.: não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Belo Horizonte, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**Pesquisadora:** Sirlene Maria de Melo – (031) 9991-0717.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>Roseni Rosangela de Sena – (031) 3409-9871.

**Apêndice B – Roteiro para entrevista semiestruturada****Nome:****Idade:****Nível de escolaridade:****Categoria profissional:****Tempo de atuação no hospital/clínica médica:****Enfermeiros:**

- 1- Como são identificadas as necessidades de se promover uma ação educativa na unidade?
- 2- Quais são os resultados das ações educativas para a assistência?
- 3- Como os profissionais se posicionam mediante a promoção da ação educativa?
- 4- Você gostaria de falar mais alguma coisa a respeito da educação permanente?

**Técnicos em enfermagem:**

- 1- Qual a importância das ações educativas realizadas na unidade?
- 2- Como você percebe que o aprendido está sendo aplicado no cotidiano?
- 3- O que você espera de uma ação educativa?
- 4- Você gostaria de falar mais alguma coisa a respeito da educação permanente?

**Anexo A – Pareceres éticos**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

**Projeto: CAAE – 22830813.5.0000.5149**

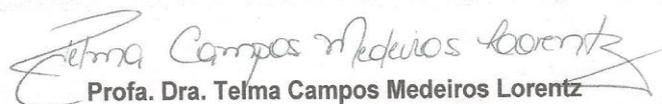
**Interessado(a): Profa. Kênia Lara Silva  
Departamento de Enfermagem Aplicada  
Escola de Enfermagem - UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 29 de março de 2016, a emenda abaixo relacionada, do projeto de pesquisa intitulado **"Educação permanente em saúde e os modos de pensar e fazer gestão, atenção, formação e participação no e para o SUS"**.

- Inclusão do subprojeto "Educação Permanente em Saúde: perspectivas e potencialidades no contexto hospitalar".

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Prof. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz**  
Coordenadora do COEP-UFMG