

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

KAROLYNE SARTI SESSA

**EDUCAÇÃO: FERRAMENTA IMPORTANTE PARA OS PROFISSIONAIS EM
SERVIÇOS HOSPITALARES**

Vitória, ES
2020

KAROLYNE SARTI SESSA

**EDUCAÇÃO: FERRAMENTA IMPORTANTE PARA OS PROFISSIONAIS EM
SERVIÇOS HOSPITALARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Área de concentração: Políticas de saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Maristela Dalbello-Araujo

Vitória, ES
2020

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

S493e Sessa, Karolyne Sarti
Educação : ferramenta importante para os profissionais em
serviços hospitalares / Karolyne Sarti Sessa. - 2020.
85 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maristela Dalbello-Araújo.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2020.

1. Educação. 2. Política Nacional de Educação Permanente.
3. Serviços hospitalares. 4. Educação continuada. 5. Capacitação
de profissionais da saúde. I. Dalbello-Araújo, Maristela. II. Escola
Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM. III. Título.

CDD 370.11

KAROLYNE SARTI SESSA

EDUCAÇÃO: FERRAMENTA IMPORTANTE PARA OS PROFISSIONAIS EM SERVIÇOS HOSPITALARES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 29 de julho de 2020

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maristela Dalbello-Araujo
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM (Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Silvia Moreira Trugilho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Ramos
Universidade Federal do Espírito Santo- UFES

AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiro lugar, por acreditar que cada passo dado em minha vida desde o início foram por seu imenso amor, que posso observar todos os dias em pequenos e grandes feitos da minha vida, certo que sem ele não estaria aqui. Acredito que a fé move montanhas e, além disso, tornam nossa vida mais feliz, e é através dela que hoje posso comemorar mais esta vitória. “Buscai primeiro o reino de Deus, e a sua justiça, e todas estas coisas vos serão acrescentadas” (Mateus 6:31-33).

Aos meus pais Sionesia Maria Sarti Sessa e Sidney Sessa, que sempre me apoiaram de forma incondicional em todas as minhas escolhas, que sempre acreditaram em mim mesmo em momentos bem difíceis e que da melhor maneira que puderam me ensinaram a buscar minha melhor forma de viver a vida. Eles que me ensinaram desde cedo que o conhecimento é um bem que nunca poderá ser retirado de nós e que cabe a gente buscar e realizar nossos sonhos, e por isso hoje estou aqui iniciando mais uma etapa da minha vida, com o prazer e a felicidade de sempre ter tido eles ao meu lado.

Ao meu irmão Claudney Sarti Sessa, que sempre soube me apoiar em minhas decisões, sendo um amigo e parceiro maravilhoso, Deus foi extremamente bondoso comigo ao me dar uma família tão amorosa.

Ao meu amigo e namorado Ronan, por estar presente em minha vida primeiro como amigo e depois como namorado, me dando apoio, confiança e me ajudando sempre que precisei.

A professora Maristela, que com sua sabedoria soube me orientar de forma ímpar, me auxiliando de forma primorosa a me tornar uma profissional e pessoa melhor a cada dia, e também por me mostrar que um Mestre não se forma ao se adquirir um diploma e sim por toda a caminhada que passamos e aprendemos a construir durante o mestrado. Sua paciência e seu jeito único de conduzir as orientações e sua paciência resultaram na conclusão deste trabalho.

Os amigos do mestrado, que foram verdadeiros presentes de Deus nesta caminhada, que tornaram essa trajetória mais leve e extremamente agradável. Em especial a Thuany, Rayssa, Raquel, Rachel e Elis, por serem mais que colegas de classe e se tornarem verdadeiras parceiras.

Aos meus amigos em geral por confiarem em mim sempre e por me darem suporte e apoio, em especial a Lais que está presente na minha vida desde sempre.

Aos meus colegas de trabalho e superiores, por acreditarem em mim e por fornecerem tanto apoio e incentivo ao aprendizado, em especial ao meu coordenador Jocimar Barbosa Furie, por acreditar e confiar em mim desde o início e por ter contribuído muito em meu crescimento pessoal e profissional desde meu primeiro dia de empresa. E a Dayane minha parceira de trabalho e de vida.

A todos que aceitaram participar da pesquisa, sem vocês não seria possível ter alcançado o objetivo deste trabalho, por confiarem a mim suas experiências de forma tão rica, que possibilitaram a realização deste estudo.

A todos que contribuíram de alguma forma na realização deste sonho, meu muito obrigada!

RESUMO

Este trabalho trata-se de um estudo qualitativo que objetivou analisar os programas de Educação em Serviço desenvolvidos em três hospitais da grande Vitória - ES, frente aos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS). Utilizamos a análise documental para comparar as versões da Política de Educação Permanente de 2004 a 2017 e realizamos entrevistas coletivas com as equipes responsáveis pelos programas de educação. Através da análise de conteúdo foi possível descrever as atividades dos programas de educação em serviço, identificar quais são as metodologias de ensino mais utilizadas nas atividades educativas e ressaltar as dificuldades encontradas na implantação e na execução dos programas de educação nos hospitais. Para tal análise, foram criadas quatro categorias sendo estas: 1 - Formação das equipes de educação, 2 - atividades educacionais, 3 - metodologias utilizadas e 4 - dificuldades encontradas. Os resultados obtidos nas quatro categorias, respectivamente, são que: as equipes se formaram a partir de enfermeiros que já faziam parte da instituição, porém estes já executavam outras atividades, estas em sua maioria de cunho assistencial. Ou seja, eles foram remanejados de setores no quais já estavam habituados a trabalhar e foram convidados para desenvolver as atividades educacionais da instituição hospitalar. Já no que tange as atividades educacionais, estas são realizadas por um profissional responsável que utiliza a planilha de levantamento de necessidade de treinamento, onde são descritos os assuntos a serem abordados, bem como o público-alvo e o mês em que se pretende realizar as atividades. De praxe este levantamento deveria ser organizado no segundo semestre para vigência no ano subsequente, entretanto, nas instituições pesquisadas, uma realiza o mesmo de forma anual e as demais de forma trimestral. No tópico 3 foram listadas pelos profissionais que as metodologias utilizadas são a prática expositiva em forma de aula teórica, treinamentos práticos com demonstração de técnicas, simulações reais e a realização de jogos com o intuito de tornar os treinamentos mais atrativos. Já nas dificuldades encontradas, foi relato pelos profissionais que estas são inúmeras e vão desde a falta de recursos para a realização da atividade educacional até mesmo a liberação dos profissionais para a realização do treinamento. As equipes envolvidas com a Educação afirmam que tais atividades são muito importantes para o serviço. Ressaltamos que as atividades ocorrem baseadas na Educação Continuada buscando oferecer treinamentos para um melhor desempenho das atividades frente às inovações tecnológicas, diferentemente do que propõe a Política de Educação permanente que prima pela análise do trabalho no protagonismo do trabalhador.

Palavras-chave: Educação, Política Nacional de educação Permanente e Hospital.

ABSTRACT

This work is a qualitative study that aimed to analyze the programs of Education in Service developed in three hospitals in the Greater Vitória - ES, against the assumptions of the National Policy of Permanent Education (PNEPS). We used the documentary analysis to compare the versions of the Permanent Education Policy from 2004 to 2017 and carried out-group interviews with the teams responsible for the education programs. Through the analysis of content, it was possible to describe the activities of in-service education programs, identify which are the teaching methodologies most used in educational activities and highlight the difficulties encountered in the implementation and execution of education programs in hospitals. For such analysis, four categories were created: 1 - Formation of education teams, 2 - educational activities, 3 - methodologies used and 4 - difficulties encountered. The results obtained in the four categories, respectively, are that: the teams were formed from nurses who were already part of the institution, but these already performed other activities, these mostly of an assistential nature. In other words, they were relocated from sectors in which they were already used to work and were invited to develop the educational activities of the hospital institution. As for the educational activities, a responsible professional who uses the spreadsheet of survey of training needs, where the subjects to be addressed are described, as well as the target audience and the month in which the activities are intended to be carried out carry them out. Usually, this survey should be organized in the second semester for the following year, however, in the researched institutions; one performs the same annually and the others quarterly. In topic 3, the professionals listed the methodologies used as expositive practice in the form of theoretical classes, practical trainings with demonstration of techniques, real simulations and the realization of games with the intention of making the trainings more attractive. In the difficulties encountered the professionals that these are countless and range reported it from the lack of resources for the realization of the educational activity to the liberation of the professionals for the realization of the training. The teams involved with Education affirm that such activities are very important for the service. We emphasize that the activities take place based on Continuing Education seeking to offer training for a better performance of the activities in the face of technological innovations, differently from what is proposed by the Policy of Continuing Education that excels in the analysis of the work in the protagonism of the worker.

Keywords: Education, National Policy of Permanent Education and Hospital.

LISTA DE SIGLAS

IAPS- Institutos de Aposentadoria Pensões
INPS- Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)
CAPS- Caixas de Aposentadorias e Pensões
CF - Constituição Federal (CF)
SUS- Sistema Único de Saúde
ONA- Organização Nacional de Acreditação
OPAS- Organização Pan-americana de Saúde
ANS- Agencia de Saúde Suplementar
OMS- Organização Mundial de Saúde
MS- Ministério da Saúde
ANVISA- Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar
SBA- Sistema Brasileiro de Acreditação
EC- Educação Continuada
EPS- Educação Permanente em saúde
RAS- Rede de atenção à saúde
CES-RJ: Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
CIB: Comissão Intergestores Bipartite
CIES: Comissões de Integração Ensino Serviço
CIR: Comissão Intergestores Regional
COAPES: Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Serviço
COSEMS-RJ: Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
EPS: Educação Permanente em Saúde
EPSJ: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ETIS: Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos
ETIS: Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos
ETSUS: Escolas Técnicas do SUS
FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz
LOA: Lei Orçamentária Anual MS: Ministério da Saúde
PAS: Programação Anual de Saúde
PES: Plano Estadual de Saúde

PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PPA: Plano Plurianual

PRC: Portaria de Consolidação

RETSUS: Rede de Escolas Técnicas do SUS

SED: Superintendência de Educação em Saúde

SES-RJ: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUBG: Subsecretaria Geral

SUS: Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	22
5 EDUCAÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE	30
5.1 EDUCAÇÃO: FERRAMENTA ESSENCIAL PARA QUALIFICAR AS AÇÕES DE SAÚDE NOS SERVIÇOS HOSPITALARES	30
5.2 EDUCAÇÃO EM SERVIÇO NA FORMAÇÃO PERMANENTE DO TRABALHADOR DA SAÚDE	36
6 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: POLÍTICA E ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO	44
6.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO POLÍTICA.....	44
6.2 EDUCAÇÃO EM SERVIÇO NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES.....	54
6.2.1 Formação das Equipes de Educação.....	55
6.2.2 Atividades educacionais.....	58
6.2.3 Metodologias utilizadas	62
6.2.4 Dificuldades encontradas	65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE	80
ANEXO	88

1 INTRODUÇÃO

A educação está presente na vida dos seres humanos desde de a sua criação, sendo fator importante para o desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que, quanto mais se desenvolve ou aprende-se novas habilidades, mais adquire-se condições de realizar suas atividades de forma ágil, eficiente e efetiva, tanto no âmbito pessoal quanto no profissional.

A educação está associada ao desenvolvimento completo do indivíduo, levando em consideração suas habilidades anteriores, reflexões, capacidade de criticar os processos em que está inserido e, com isso, aprender ou desenvolver melhor uma habilidade já conhecida ou não, assim podemos entender a importância do processo de ensino-aprendizado para todos os indivíduos dentro da sociedade.

E, é entendendo essa importância que, em 2004, é criada a Política Nacional de Educação Permanente no SUS (PENPS), levando em consideração que um processo de ensino está associado há muito mais que um treinamento ou o desenvolvimento de uma habilidade. A Educação Permanente é um conceito pedagógico que leva em consideração o aprendizado associado à reflexão crítica do trabalho, envolvendo as experiências do aluno em conjunto com as necessidades conhecidas do assunto a ser abordado, onde o aluno é parte do seu processo de aprendizagem (BRASIL, 2004).

A educação na área da saúde ocorre de formas distintas, mesmo havendo um documento extremamente rico que de auxílio para que todas as instituições públicas ou privadas desenvolvam a educação levando em consideração as necessidades dos sujeitos a PNEPS.

Para tanto, na busca de entendimento frente ao conhecimento de educação dentro das instituições hospitalares, justifica-se o interesse em realizar este estudo para comparar a forma de ensino dentro destas instituições com a PNEPS. Isto leva em consideração que a educação vai muito além do que apenas realizar uma atividade educativa.

Frente a esta questão, a trilha de conhecimentos por mim adquirida durante a minha formação acadêmica em enfermagem e, atualmente, militante de uma equipe de educação dentro de um ambiente hospitalar, me permitiu conhecer a realidade dos processos educacionais exercidos dentro destas instituições e compará-los com um olhar mais abrangente, desenvolvido durante minha formação no Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM), na linha de pesquisa Políticas de Saúde Integralidade e Processos Sociais. Desta forma, essa pesquisa trata-se de um compromisso com a sociedade acadêmica e com os profissionais de saúde para que a educação possa ser vista de uma forma integral e não apenas como parte de um processo.

De forma geral, a pesquisa procurou entender os programas de educação realizados dentro das instituições hospitalares, comparando com os pressupostos da PNEPS. Os objetivos específicos foram: 1 - analisar de forma comparativa as portarias de educação permanente do SUS de 2004 a 2017; 2 - descrever as atividades dos programas de educação das instituições hospitalares; 3 - identificar as metodologias de ensino utilizadas nestas instituições e 4 - identificar as dificuldades encontradas na implantação e na execução dos programas de educação nos hospitais.

É importante compreender que, desde sua criação, a PNEPS sofreu algumas alterações em suas portarias, as quais levaram a algumas mudanças na forma de aplicação. Durante o trabalho buscamos através de uma análise documental descrever de forma comparativa quais foram as principais mudanças ocorridas, a fim de servir de base e fonte de informação para outros militantes da área de saúde e educação.

Ainda pensando nos processos educacionais existentes dentro das instituições hospitalares, buscou-se conhecer através de uma entrevista coletiva as principais dificuldades que estes profissionais enfrentaram durante o processo de implantação do programa de educação dentro das instituições, quais as metodologias de ensino hoje utilizadas por eles, além de conhecer os profissionais que atuam dentro dessas equipes e as dificuldades que enfrentam para a execução de suas atividades.

O trabalho foi dividido em três capítulos teóricos que tem como objetivo auxiliar os leitores a entender o processo de educação existente no Sistema Único de Saúde (SUS), passando por alguns fatores históricos importantes. No capítulo Sistema Único de Saúde será possível ter acesso a informações-chaves sobre o processo de criação do SUS. Na Educação, no âmbito da saúde, será possível ver a importância dos processos de educação voltados para a área da saúde e, na educação permanente foi realizada uma análise comparativa das principais mudanças ocorridas nas portarias da PNEPS e a descrição dos resultados obtidos através da análise das entrevistas coletivas. Finalizando o trabalho estão as considerações finais da autora referente aos dados encontrados neste estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os programas de educação desenvolvidos dentro das instituições hospitalares da grande Vitória comparando com os pressupostos da PNEPS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar de forma comparativa as portarias de educação permanente do SUS de 2004 a 2017;
- Descrever as atividades dos programas de educação nas instituições hospitalares;
- Identificar as metodologias de ensino utilizadas nas atividades educativas;
- Identificar as dificuldades encontradas na implantação e execução dos programas de educação nos hospitais.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo será abordado os procedimentos científicos utilizados para a realização do estudo, levando em consideração todas as ferramentas utilizadas para a coleta de dados até a formatação utilizada para a realização da análise de resultados.

Inicialmente, antes de qualquer coleta de dados, a pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), afim de seguir todas as orientações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata sobre todos os protocolos éticos necessários para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos conforme as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Após a aprovação destes setores deu-se início a pesquisa.

A apresentação adequada e com justificativa dos métodos, técnicas e instrumentos utilizados para a busca das indagações da investigação a ser realizada é conhecida como metodologia científica. Desta forma, buscamos nos aproximar dos sujeitos para compreender suas vivências e daí extraímos os elementos com os quais realizamos a pesquisa (MARTINILLI, 1994).

Para atingir os objetivos deste estudo, relacionado às atividades educacionais dentro dos ambientes hospitalares, a pesquisa baseou-se em uma abordagem qualitativa, que não tem uma preocupação com uma representatividade numérica e sim com o aprofundamento do entendimento de uma organização ou grupo social. Neste estudo levamos em consideração a importância de se conhecer a experiência social do sujeito, que, neste caso, se refere as vivências dos profissionais de saúde responsáveis pela execução das atividades de educação dentro dos ambientes hospitalares.

Este método se torna extremamente importante para o desenvolvimento do estudo, uma vez que, com ele foi possível explicar todo o processo de vivência do grupo de profissionais de saúde dentro das instituições hospitalares. Sendo possível conhecer e descrever as principais dificuldades, desde o processo de criação da equipe até o cenário atual em que se encontram desenvolvendo suas atividades.

Para melhor desenvolvimento do estudo com as equipes de profissionais de saúde que desenvolvem atividades educativas, buscamos, dentro da região da grande Vitória, hospitais que possuíssem este serviço ativo por no mínimo 2 anos, isto com o intuito de identificar e descrever as atividades que são exercidas com mais detalhes.

As pesquisadoras optaram por uma análise prévia de possíveis locais de estudo, justamente para que fosse possível identificar os hospitais que poderiam e aceitariam participar da pesquisa. Esta análise prévia se dá no intuito de poder descrever todo o processo de educação realizado nestes ambientes, bem como explicar as etapas e processos que as equipes sofreram desde a implantação do PNEPS. Sendo possível, com isso, obter mais interação com as equipes selecionadas para captação da maior quantidade de informação possível. Após a análise prévia foi possível realizar a entrevista com 3 equipes de educação de instituições diferentes, visto que muitos hospitais não possuem uma equipe de educação em funcionamento ou com funcionamento mínimo de 2 anos.

A abordagem dessas equipes se deu por meio de entrevistas coletivas, pois buscávamos conhecer o trabalho da equipe e não de um profissional isolado. Dessa forma, foi possível conseguir entender o funcionamento das equipes, promovendo uma maior interação das pesquisadoras com os participantes.

De forma coletiva, como nos propusemos a realizar a entrevista, foi possível coletar uma maior quantidade de informações sobre o processo de trabalho destes profissionais. As equipes em conjunto puderam descrever sua trajetória histórica, desde a implantação do programa até os dias atuais, sem sentir repressões ou medo durante suas falas, visto que as falas se complementavam, ou seja, a fala de um era complementada pela fala de um de seus colegas de equipe.

Afim que esta entrevista fosse realizada de forma organizada, mas não engessada, utilizamos como instrumento para a realização das entrevistas coletivas um questionário semiestruturado, que serviu de base para que as entrevistas.

Importante ressaltar que as entrevistas foram realizadas em formas de bate-papo, onde o questionário servia como base da conversa. Com isso queremos dizer que as perguntas contidas no questionário ocorreram de forma aleatória, de modo que

durante a conversa era possível que os participantes da pesquisa respondessem mais de uma pergunta, sem ser necessário a realização das perguntas de forma direta. Mas, o questionário foi extremamente importante por ser o norteador das entrevistas e para que nenhum assunto fosse esquecido durante a realização deste processo.

Essa etapa foi fundamental para que as entrevistas fossem ricas e espontâneas, facilitando a criação de um espaço propício para que os entrevistados se sentissem livres para expor suas opiniões e experiências sem medo de repressões ou críticas.

A validação do instrumento (roteiro de entrevista) foi extremamente importante para que as pesquisadoras pudessem analisar o vocabulário e a postura que estava sendo utilizada durante a entrevista, bem como se adequar as falhas identificadas para que assim pudessem se aproximar da realidade dos participantes.

Segundo Pinto et al. (2010), a fim de trazer à discussão de aspectos polêmicos ou contraditórios, às vezes camuflados em entrevistas individuais, as entrevistas coletivas têm se mostrado bastante úteis por oferecer a possibilidade de aprofundar-se em assuntos a fim de revelar suas diferentes nuances.

Ao se utilizar deste instrumento de pesquisa podemos usar algumas técnicas que nos auxiliem a estimular nos participantes do estudo a expressão de pontos de vistas diferentes, sendo possível que dramatizem suas rotinas e descrevam de forma detalhada suas atividades cotidianas sem que se sintam desconfortáveis (PINTO et al., 2010).

É visível que o ambiente gerado pela entrevista coletiva colabora para que os participantes se sintam à vontade em descrever todas suas atividades, revelando suas dificuldades com a equipe e com outras pessoas dentro da instituição. Promover este ambiente seguro é parte primordial para que a entrevista alcance seu objetivo principal, que é ter acesso a maior quantidade de detalhes possíveis que os entrevistados puderem falar.

Para a criação deste ambiente seguro é importante que o pesquisador adote uma postura neutra, de ouvinte, neste caso, sem expressar suas opiniões, até mesmo em

expressões faciais, que podem ser julgadas de forma negativa pelos participantes da pesquisa e fazer com que eles não se sintam tão confiantes em expressar todas suas opiniões e anseios durante a entrevista. Sendo assim, sem interferências, o pesquisador deve ser um ouvinte sem opiniões, porque neste caso a opinião que importa é a relatada pelos entrevistados.

As entrevistas ocorreram dentro do ambiente de trabalho das equipes. Foram feitos contatos prévios para que fosse agendado o melhor dia e horário, assim não iríamos atrapalhar nas atividades do setor e os entrevistados teriam o tempo que desejassem para participar das entrevistas.

Não estipulamos um tempo cronometrado para que a entrevista fosse realizada, ela ocorreu em forma de conversa informal, assim o tempo foi algo relativo e não levado em consideração para a realização deste estudo. As equipes, são compostas por enfermeiros, que nos receberam muito bem e fizeram questão de nos contar com detalhes todas as etapas de seus processos de trabalho, foi uma experiência maravilhosa poder ter acesso a profissionais tão dedicados e apaixonados por suas atividades de trabalho.

Antes de iniciar as entrevistas, as pesquisadoras realizavam a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) exibido como apêndice deste estudo. Também era informado sobre a necessidade de gravação das entrevistas para posterior transcrição e análise. Os participantes foram convidados a ler o TCLE retirar as dúvidas que surgissem, assinar o termo e assim dávamos início a pesquisa.

O roteiro semiestruturado, que se encontra nos apêndices, serviu como um norteador para que pudéssemos dar início a todo o processo de entrevista. Depois da primeira pergunta as próximas foram respondidas pelos participantes de forma complementar, muitas vezes as perguntas de forma direta nem precisavam ser feitas, uma vez que foram respondidas durante o bate-papo.

Ao finalizar as entrevistas, a pesquisadora tinha a tarefa de ouvir toda a gravação e fazer a transcrição do conteúdo na íntegra, para que fosse avaliado após a conclusão de todas as entrevistas. Nesta etapa tomamos o cuidado de não alterar as falas e até

mesmo gírias utilizadas pelos entrevistados, por entender que até suas formas de expressão serviriam de base para nossa análise de dados.

Com todas as entrevistas concluídas e transcrições realizadas demos então início a nossa análise onde identificamos os pontos mais importantes repassados pelos atores, até que fosse possível chegar as comparações e criações de categorias que serviram de base para a análise final das entrevistas.

Para uma análise clara o pesquisador deve ser capaz de identificar as unidades que devem ser analisadas, podendo ser palavras, frases, temas ou até mesmo documentos em sua forma integral. Com as unidades definidas podemos então dar início a este processo (MORAES, 1999).

Com as unidades definidas, partimos para as categorizações que foram utilizadas para o desdobramento da análise das entrevistas. A unitarização de elementos contidos em uma mensagem seguida de determinados critérios chama-se de categorização. Esse processo facilita a análise das informações obtidas, que deve ser fundamentado em uma definição do que de fato estamos problematizando na pesquisa.

Ao realizar a análise dos resultados, os dados obtidos não falam por si, é necessário extrair deles algum significado que não é obtido em um único esforço. O retorno aos dados das entrevistas de forma periódica se faz necessário para que ocorra o refinamento progressivo das categorias, que constituem um processo que toda vez que revisitado pode atingir novas camadas de compreensão, isto é, a procura de significados cada vez melhores (MORAES, 1999).

Após a análise chegamos a criação das seguintes categorias 1 - Formação das equipes de educação, 2 - atividades educacionais, 3 - metodologias utilizadas e 4 - dificuldades encontradas. Estas conseguem explicar de forma clara e objetiva todo o processo descrito pelos profissionais entrevistados.

As categorias surgiram após a leitura e releitura atenta de todas as transcrições das entrevistas. Para facilitar a compreensão e análise, as entrevistas foram colocadas em planilhas e separadas por cores. Para melhor entendimento e comparação das

falas e criação das categorias, identificamos quatro cores diferentes para que as falas pudessem ser analisadas de acordo com seu conteúdo, e assim foi possível descrever as categorias de forma clara e objetiva utilizando de todas as falas dos entrevistados. Com a utilização desta técnica organizamos o material e foram definidas as categorias descritas e analisadas no item 6.2 deste estudo.

Para a realização da análise comparativa das portarias da Política de Educação Permanente do SUS, foi elaborado um quadro comparativo com todas as portarias de 2004 a 2017, a fim de identificar suas principais alterações e modificações de processos. O quadro elaborado pode ser visto nos apêndices deste estudo.

A análise comparativa foi realizada entre as seguintes portarias

- PORTARIA Nº 198/GM, DE 13 DE FEVEREIRO DE 2004
- PORTARIA Nº 1.996, DE 20 DE AGOSTO DE 2007
- PORTARIA Nº 2.813, DE 20 DE NOVEMBRO DE 2008
- PORTARIA Nº 2.953, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2009
- PORTARIA Nº 4.033, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2010
- PORTARIA Nº 278, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014
- PORTARIA Nº 3.194, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017

A análise documental trata-se de uma técnica utilizada em pesquisas qualitativas como forma de completar as informações obtidas por outras técnicas, desvelando aspectos novos de um determinado tema ou problema (LUDKE; ANDRADE, 1986).

Trata-se então de um processo de garimpagem, onde as categorias dependem da análise dos documentos, sendo assim, eles precisam ser extraídos de onde estavam guardados e receberem um tratamento que, orientado pelo problema proposto pelo estudo, estabeleça a montagem de peças de forma organizada semelhante a um quebra-cabeça (PIMENTEL, 2001).

Através da montagem do quadro e fazendo as relações de acordo com as categorias selecionadas, que podem ser vistas no quadro nos apêndices deste estudo, foi

possível conhecer as principais medidas de educação adotada pela política de educação permanente e assim fazer uma análise comparativa.

Para facilitar este processo e sistematizar a leitura e pareamento dos documentos elaboramos um modelo de ficha de leitura em formato de quadro, servindo de base para que o investigador fizesse o registro dos resultados das comparações realizadas. Esse quadro foi elaborado baseado nos estudos que teriam desdobramentos importantes e que poderiam ser comparados para a análise. Para isso se fez necessária a leitura prévia das portarias, a fim de identificar quais seriam os aspectos mais relevantes identificados nesta análise que poderiam ser comparados durante o estudo. Nosso objetivo com a criação deste documento foi facilitar o entendimento para pesquisadores e leitores.

A análise dos dados, tanto aqueles provenientes de portarias e documentos, quanto aos resultados obtidos após as transcrições das entrevistas, foram realizados baseados na técnica de análise de dados que tem o objetivo de analisar e interpretar os dados da pesquisa. Desta forma buscamos realizar uma interpretação das mensagens obtidas a um nível de interpretação que vai além de uma leitura comum (MORAES, 1999).

Por meio da análise de conteúdo podemos mergulhar no mundo das informações extraídas das entrevistas coletivas e das análises comparativas das portarias de uma forma organizada e focada nos objetivos propostos por este estudo. Sendo assim, este método se mostrou extremamente eficiente quando foi possível categorizar as principais alterações que ocorreram dentro da PNEPS através da criação do quadro de análise, assim como ao categorizar as falas dentro das análises das entrevistas coletivas.

4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado uma vitória bem-sucedida na reforma social da história do nosso país, ele representa o esforço exercido por profissionais de saúde, estudantes e da população que nas décadas de 1970 e 1980 realizaram ações que resultaram na criação do SUS, nossa maior política de inclusão social. No entanto, historicamente nem sempre foi assim.

As ações de Saúde Pública ocorreram de forma tardia no Brasil, comparada aos processos que ocorreram em países europeus. O atraso de 100 anos se deu pelo processo de crescimento que o Brasil se encontrava durante o mesmo período que estes países europeus nesta época e, principalmente ao conjunto das relações sociais de produção que não beneficiavam a abordagem da questão social relacionada com a saúde (DALBELLO-ARAUJO, 2005).

Desta forma é possível afirmar que nem sempre, na história deste país, houve um sistema de saúde universal e público para a população. Na época do Brasil colônia, os modelos de saúde embasavam-se no modelo sanitário de Portugal. Os responsáveis por administrar aspectos sanitários e as práticas de cuidados aos nativos foram os militares da época. O controle desse processo era de responsabilidade das autoridades locais, já que as câmaras municipais tinham a função de vigilância dos ancoradouros e transação de mantimento, a solidariedade cristã era a responsável por tratar dos pobres e da parte menos favorecida da população (PAIM, 2009).

Nessa época o Brasil tinha em sua população uma grande quantidade de escravos e pessoas em condições mínimas de subsistência, uma parcela da mão de obra estava ligada a economia agroexportadora e a outra a agricultura de subsistência, ou seja, relações ligadas à mão de obra escrava e relações não capitalistas (DALBELLO-ARAUJO, 2005).

Realizava-se o atendimento aos hipossuficientes, itinerantes, portadores de enfermidades e demais cidadãos necessitados através da caridade das comunidades

cristsãs da época, principalmente através das aes realizadas nas instituies das Santas Casas de Misericórdia que começaram a surgir em 1543 (PAIM, 2009).

Sendo assim, cabia a igreja assumir o controle dos enfermos e prestar assistência as classes menos favorecidas com subsídios do Estado. Já os homens livres de propriedades rurais e os escravos dependiam dos senhores donos das terras para obter algum tratamento. Sem dvida, havia agravos à saúde e altos índices de mortalidade por tuberculose, malária e outros (DALBELLO-ARAUJO, 2005).

Diante do contexto exposto pelos autores acima,  possível entender que a saúde para grande parte da população ficou por um longo período da história de nosso país deixada de lado, e existia apenas pela caridade de algumas instituies e da igreja ou de forma privada. Ou seja, grande parte da população desta época não tinha acesso aos serviços de saúde, ficando  mercê das doenças e epidemias que existiam neste período.

Em torno de 1900 a saúde pública passou a ter aes de controle de epidemias e condies sanitárias, passando estas aes a fazer parte da agenda política por preocupação do governo, o propósito era desenvolver aes como as que ocorriam na vigilância sanitária dos portos (PAIM, 2009).

Em 1920, com a industrialização recente, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), organizados pelas empresas, onde os empregados e empregadores contribuíam para a criação dos fundos arrecadados. Os benefícios gerados foram a pensão, aposentadoria por invalidez, tempo de serviço e idade, e também assistência médica de caráter curativo, aumentando a prestação de serviços privados na atenção  saúde (RODRIGUES, 2014).

No governo de Juscelino Kubitschek houve um grande desenvolvimento das indústrias, o que proporcionou o fortalecimento das indústrias farmacêuticas e hospitalares, bem como o investimento em hospitais. Isto favoreceu a medicina de grupo, que era formada por organização de serviços privados de saúde que atuavam através do pré-pagamento dos serviços prestados, e ainda em 1960 surgem às cooperativas médicas, como reflexo deste período, muitos trabalhadores e sindicatos

foram seduzidos pelos planos privados de saúde devido ao precário sistema público de saúde (RODRIGUES, 2014).

Os setores privados, na época do regime militar, tiveram auxílio financeiro através de empréstimos fornecidos pelo governo, que fizeram com que este setor expandisse significativamente. Houve ampliação das redes privadas de saúde com fins lucrativos, em todos os campos de atuação, elevando a adesão da população que passou de 14,4% em 1960 para 45,2% em 1975 (RODRIGUES, 2014).

Contudo, somente os trabalhadores formais tinham direitos aos serviços prestados, enquanto os outros cidadãos permaneciam à mercê da caridade e da filantropia (PAIM, 2009). Frente a isto, os Institutos de Aposentadorias e Pensões se uniram em um só órgão, denominado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), isso se deu graças ao fenômeno econômico ocorrido em 1966.

A saúde começou a ser preocupação da gestão pública no momento em que começou a se tornar um entrave para a produção. Com o aparecimento de indústrias, abolição dos escravos, maior quantidade de trabalhadores assalariados e doenças que podiam paralisar a mão de obra, as empresas e trabalhadores começaram a pensar em uma forma de ter atendimento de saúde fora às caridades oferecidas pelas Santas Casas ou pelo serviço de saúde privado. Este momento que a saúde pública enfrentou foi de extrema importância, porque gerou na população e, nos empresários da época, a necessidade de mudar a forma de abordar a saúde.

Nos anos de 1970 a 1980 foi organizado e consolidado um movimento de luta social em defesa da saúde no Brasil, no mesmo período de lutas contra a ditadura militar, também se buscava uma saúde como direito de cidadania (CECCIM; FERLA, 2008). Em meio a falta de acesso aos serviços de saúde por grande parte da população, e com uma medicina baseada em ações basicamente curativa, os profissionais de saúde, estudantes e a população da época realizaram movimentos sociais em busca de saúde de uma maneira integral, onde toda a sociedade pudesse ser incluída e o acesso à saúde não fosse apenas para trabalhadores assalariados ou pessoas que tivessem condições de pagar por serviços privados. A luta social em defesa a um

sistema de saúde único para todos os cidadãos tomou força em todo país nas décadas de 70 e 80.

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu no Brasil, reuniu diversos segmentos do mercado, militantes nos setores públicos e privados, além de representantes de movimentos sociais. Ali foi elaborado um documento que deu origem à promulgação de duas leis que foram base para a criação do SUS, a lei 8080/90 e a lei 8142/90.

Anterior a criação da Constituição Federal de 1988, a saúde pública estava no setor da saúde e a assistência médica estava no setor da previdência social. O acesso à promoção da saúde e prevenção de doenças estava garantido apenas aos agravos e eventos de elevada prevalência ou impacto à saúde pública e o acesso à assistência às doenças estava garantido apenas pelo tratamento médico sob o foco da recuperação e reabilitação dos adoecimentos (CECCIM; FERLA, 2008).

A saúde, neste contexto, ainda era vista como a ausência de doenças, ou seja, a prevenção e promoção da saúde não importava. Era uma saúde baseada na medicina curativa, onde o bem-estar dos indivíduos estava diretamente ligado a ausência de doenças, não se levava em consideração as questões sanitárias ou sociais dos indivíduos. As pessoas menos favorecidas só podiam contar com o auxílio das igrejas da época e, os trabalhadores assalariados, quando adoeciam, tinham auxílio da previdência e, a população que retinha a maior concentração de renda podia pagar de forma particular para ter acesso aos serviços de saúde.

Com a elaboração da nossa Constituição Federal (CF), em 1988, os cidadãos brasileiros passam a ter mais direitos à saúde, esta de uma forma ainda não abordada para a população brasileira, onde as responsabilizações de ações de promoção de saúde passam a ser atribuídas ao Estado.

Os artigos inseridos na CF de 1988 que possuem maior relevância sobre a Seguridade Social e Saúde são: Art.194, que fala sobre os direitos relativos à saúde ligados a seguridade social. O Art.195, que dispõem sobre o financiamento da Seguridade

social e, o Art.196, que incumbe ao Estado o dever de garantir a saúde da população (BRASIL, 1988).

Foi um período da história onde a luta pelos direitos à saúde junto as ações contra a ditadura militar tomaram força e puderam contribuir para a criação de um conceito de saúde de forma mais organizada, para que assim, esta pudesse ser garantida como direito do povo. A saúde neste contexto passou a ser vista de forma mais integral, onde não se visava apenas uma vertente de necessidade de saúde para um indivíduo, e sim uma forma abrangente de tratar a saúde da população, levando em consideração não só o aspecto de tratativa das doenças, mas também as condições de vida social e trabalho, visando tanto a prevenção quanto a promoção à saúde.

Desta forma, é criado o SUS, de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e, sob o controle dos seus usuários (BRASIL, 1990, p.4).

Conforme citado no Art.7º da lei 8080/90: As ações de serviços públicos, privados, contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), devem seguir as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda os princípios descritos nos incisos de I a XIII (BRASIL, 1990), sendo estes:

- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- e,
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990, p.3).

Aqui é onde a medicina curativa passa a não ser a única questão a ser abordada, surgindo assim ações que possam prevenir doenças e realizar tratamentos quando se fizer necessário, garantindo também a participação popular e da comunidade como previsto na lei. Assim consolidado temos o nosso SUS, que traz para a população brasileira condições de ter acesso à saúde independente de suas condições financeiras, sendo possível o tratamento de prevenção e promoção da saúde.

De acordo com a lei que deu origem ao SUS e que, também regulamenta o funcionamento das instituições públicas e privadas, no Art. 20 são definidos que os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde. No Art. 21 define-se que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Enquanto o Art. 22 trata da prestação de serviços privados de assistência à saúde, para estes serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento. As ações dos serviços privados, de forma complementar nos processos de saúde da população, estão previstas na CF de 1988 mediante dispositivos que norteiam a celebração de suas ações (BRASIL, 1990).

Segundo Paim (2005), por mais que os setores privados não participassem dos debates realizados para a reforma sanitária, eles não deixaram de compor a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), no sentido de defesa de seus interesses.

Segundo Pietrobon, Prado e Caetano (2008), o sistema de saúde brasileiro é composto, nos dias atuais, por dois subsistemas, sendo um de caráter privado, marcado por relações do mercado e o código de defesa do consumidor e, um de caráter público, o qual é responsabilidade do Estado gerir sua organização e garantir seu funcionamento.

Para Silva (2006), o termo público é usado no sentido de bem comum, ao interesse público e coletivo em geral, enquanto o privado da ideia de único, individualizado. Dessa forma, o desenvolvimento do campo da saúde decorreu na parte pública de forma prática, coletiva e preventiva, ações estatais, por outro lado, as instituições privadas tiveram seu crescimento através das práticas individuais e curativas, relacionadas com a prática clínica, especialmente a hospitalar.

Segundo a lei nº8080/90, em seu artigo 4º:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

Para que fosse possível controlar melhor as atividades das iniciativas privadas, iniciou-se o processo de regulação através do controle dos produtos de saúde comercializados, restringindo ações excludentes por perfil de risco, procurando ajustar o desequilíbrio econômico do mercado de saúde, deixando assim a relação mais sustentável (PIETROBOM; PRADO; CAETANO, 2008).

O SUS é responsável por controlar todo o sistema de saúde em território nacional, e para garantir que os serviços privados ocorram dentro dos pressupostos do sistema único de saúde, foram criadas as agências de regulação dos serviços de saúde.

Temos atualmente duas agências no setor da saúde responsáveis pela regulação, sendo elas: a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), responsável por ações de vigilância sanitária e a Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pelo setor suplementar de saúde (HEIMANN, 2005).

A ANS é uma autarquia especial que tem como características a autonomia administrativa, financeira patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e com mandato fixo de diretores. Sua finalidade é promover a defesa do interesse público, e suas funções são a regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência supletiva à saúde. A estrutura do órgão conta com cinco diretorias, que carecem ainda de maior integração entre elas, são elas: Normas e Habilitação das Operadoras (Diope), Habilitação de Produtos (Dipro), Fiscalização (Difis), Desenvolvimento

Setorial (Dides) e Gestão (Diges). Um dos diretores acumula a função de diretor presidente da Diretoria Colegiada e da Câmara de saúde Suplementar (SCHEFFER; BAHIA, 2005).

É possível perceber que desde sua elaboração, com a inserção de artigos na Constituição Federal e posteriormente na elaboração de duas leis principais para que o SUS fosse criado, os profissionais que participaram deste processo de forma ativa, colaboraram para que estes documentos servissem de base para a implementação de um programa de saúde que pudesse ser abrangente em todo o território nacional, garantindo desde seu financiamento, organização, crescimento, evolução e continuidade de processos para que pudesse ser de acesso a todos os cidadãos brasileiros.

A gestão do SUS é responsabilidade das três esferas do governo, sendo nos municípios as secretarias de saúde, representadas pelos secretários e prefeito, em nível de estado as secretárias estaduais, os secretários e na última estância na esfera Federal temos o Ministério da Saúde de responsabilidade do ministro. Estes devem, de maneira contínua, programar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

A saúde como direito de todos e dever do Estado foi adquirida como bem público através da conquista do SUS. Desde sua criação até os dias atuais o SUS tem gerado mudanças importantes no padrão à atenção em saúde do país. Principalmente, na inclusão social dos indivíduos, de forma integral, como não era feito anterior a sua criação (JUSTO; TEIXEIRA, 2018).

Em meio a este cenário de lutas que, como podemos perceber, foram realizadas por estudantes e profissionais da saúde, podemos contar hoje com um sistema de saúde de abrangência nacional, que concede aos indivíduos direitos aos serviços de saúde em sua integralidade desde a rede básica. Pensando em nosso sistema de atenção primária de saúde até os níveis de atenção mais complexos oferecidos pelas instituições hospitalares, este sistema de saúde, desde sua criação até os dias atuais, ainda enfrenta grandes problemas para se consolidar como um bem público em forma de patrimônio para a cidadania.

5 EDUCAÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE

5.1 EDUCAÇÃO: FERRAMENTA ESSENCIAL PARA QUALIFICAR AS AÇÕES DE SAÚDE NOS SERVIÇOS HOSPITALARES

A educação é um processo extremamente importante dentro e fora das instituições hospitalares, uma vez que proporciona aos indivíduos o seu desenvolvimento de forma completa, levando em consideração seus conhecimentos prévios, sua capacidade de desenvolver análise crítica do processo e, a adequação às suas realidades.

Como poderemos ver, ao longo dos anos, dentro das instituições hospitalares, a educação nem sempre foi parte do processo de trabalho. Este capítulo irá descrever de forma breve a evolução destas instituições e, mesmo quando a educação passa a ser parte dos processos, ela é vista de uma maneira mais tecnicista, sem levar em consideração a educação como formação integral do sujeito.

Ao longo da história da saúde de nosso país, os hospitais foram tendo sua formação e organização alteradas e reformuladas com os anos, assim como nosso sistema de saúde, que saiu da área da caridade e do serviço privado e ganhou uma forma mais abrangente à população com a criação do SUS.

O cuidado de pessoas enfermas era praticado desde o início das civilizações por feiticeiros, curandeiros, familiares, parteiras ou médicos nas residências de pessoas que necessitavam do atendimento a fim de aliviar as dores e promover a cura das doenças da época. Com o intuito de criar um local específico, onde as pessoas doentes pudessem ser tratadas, estes atendimentos domiciliares passaram a ser realizados em locais onde os enfermos fossem concentrados, surgindo assim, os primeiros hospitais (ORNELLAS, 1988).

O uso inicial do hospital servia mais aos pobres e prestava conforto aos doentes, o atendimento era realizado por sacerdotes ou através de ordens religiosas, uma vez que pouco praticavam-se procedimentos de caráter curativo, a cura era mais como

uma característica secundária ao serviço religioso, apesar de sua origem ser anterior à era cristã (BADALOTTI; BARBISAN, 2015).

O objetivo do edifício hospitalar era mais no sentido de proteção dos que estavam fora do que o atendimento para os pacientes que estavam dentro da edificação (BADALOTTI; BARBISAN, 2015).

Dessa forma, observamos o hospital como um espaço pleno de simbologia e significado, que passa ao longo dos séculos por uma evolução da edificação e do sentido, onde inicialmente servia como uma estrutura de separação e exclusão e, evolutivamente, passa a um ambiente de diagnóstico e cura (BADALOTTI; BARBISAN, 2015).

Após este breve histórico podemos fazer uma comparação da função do hospital no passado, onde os hospitais passam por uma grande mudança, saindo de um ambiente criado para acondicionamento de enfermos e se torna em um estabelecimento com capacidade de desenvolver diagnóstico e cura (BADALOTTI; BARBISAN, 2015).

Na Portaria 3.390, de 30 de dezembro de 2013, os hospitais são descritos como instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, sendo responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de estabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013).

Os hospitais constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde além de, prestar atividades assistenciais (BRASIL, 2013).

Art. 5º Para efeito desta Portaria considera-se: I - acessibilidade hospitalar: a condição para utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos do hospital por uma pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida [...] III - apoio matricial: o suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, invertendo a

lógica da fragmentação dos saberes; IV - auditoria clínica: a análise crítica e sistemática da qualidade de atenção à saúde prestada no hospital, incluindo-se os procedimentos usados para o diagnóstico e o tratamento, uso dos recursos e os resultados para os usuários [...] XIII - linha de cuidado: a estratégia de organização da atenção que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida ou outro critério sanitário a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação [...] XV - Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH): Núcleo composto por profissionais das diversas áreas do hospital cuja finalidade é a garantia da qualidade da gestão do serviço de urgência e emergência e dos leitos de retaguarda às urgências na forma da Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011[...] (BRASIL, 2013, p. 3).

Para fornecer os serviços conforme consta na portaria citada, os hospitais devem dispor de atividades que garantam o funcionamento conforme consta no artigo 5º, além de seguir o inciso 7º na implantação, com a criação de um núcleo de segurança do paciente, seguindo a Resolução da Diretoria Colegiada RDC-nº 36/ANVISA, de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013).

Sendo assim, as instituições hospitalares, hoje, além de serem regidas pela portaria citada anteriormente, são locais que servem de ensino para os futuros profissionais da saúde, além de terem uma necessidade constante de atualização de seus trabalhadores, frente as necessidades para adequação às novas tecnologias e melhorias de tratamentos que devem ser implantadas nas áreas assistenciais. Sendo assim, a educação nestes ambientes é algo necessário para que os pacientes atendidos por estes profissionais tenham acesso a um atendimento seguro e eficaz.

A RDC 36 trata de ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Tendo abrangência nos serviços de saúde de caráter público, privado, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa (BRASIL, 2013).

Segundo o Art. 3º Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições: I - boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados; II - cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde [...] IV - evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde; V - garantia da qualidade: totalidade das ações

sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem; VI - gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional; [...] XI - serviço de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis; XII - tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde (BRASIL, 2013).

Além das definições citadas, os estabelecimentos de saúde, bem como os Hospitais, devem ainda promover a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, da disseminação sistemática da cultura de segurança, realizar a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e garantir boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (BRASIL, 2013).

Cabendo ainda às instituições hospitalares realizar programas de capacitação para a formação de suas equipes de trabalho e demais pontos de atenção. Os hospitais integrantes do SUS devem participar de ações de formação de novos profissionais de saúde e realizar educação permanente nas áreas estratégicas do SUS, integrando políticas prioritárias de formação em saúde (BRASIL, 2013).

Segundo o artigo nº 24 da portaria em questão os hospitais devem ainda realizar atividades de educação permanente como estratégias de valorização de seus profissionais, além de oferecer este programa às equipes assistenciais baseado no aprendizado em serviço (BRASIL, 2013).

A fim de melhorar o atendimento para os usuários dos serviços de saúde começaram a ser implantadas medidas de qualidade em ambientes hospitalares. Estas estratégias visam além da melhoria do atendimento, o aprimoramento das equipes que prestam serviços de saúde visando a qualidade e segurança para os pacientes.

Com esse objetivo é fundada por entidades públicas e privada, em 1999, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), para que fosse possível avaliar os serviços de saúde oferecidos à população. Desde sua criação, a ONA coordena o

Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), que reuni organizações e serviços de saúde, entidades e instituições acreditadoras em prol da segurança do paciente (ONA, 2018).

O processo de acreditação é voluntário, trata-se de um processo pelo qual um órgão reconhecido avalia as organizações de saúde, reconhecendo dentre elas as que atendem aos padrões previamente determinados e estão em busca de melhoria contínua. Dentre os objetivos deste processo estão inclusos a avaliação da qualidade e segurança nos serviços de saúde (GABRIEL et al., 2018).

A avaliação da ONA é feita considerando os padrões de um modelo de avaliação da qualidade que se baseia em Estrutura, Processo e Resultado, e fornece três níveis de certificação. Para alcançar o primeiro nível, o hospital deve estar de acordo com os critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo questões estruturais e de serviço. O segundo nível tem, além dos critérios de segurança, gerenciamento integrado, com processos que se realizam fluentemente e boa comunicação entre atividades, portanto, se refere a "excelência em gestão". As certificações de nível um e dois possuem validade de dois anos. No terceiro nível, o hospital é acreditado com excelência. Para o alcance desse nível, os hospitais devem atingir os níveis um e dois, além dos padrões específicos do nível três. Para isso, a instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com a maturidade institucional. Esta certificação, de nível três, é válida por três anos (GABRIEL et al., 2018).

Segundo Gabriel et al. (2018), o processo para a acreditação demanda atividades de educação contínua que influenciam diretamente na melhoria na assistência prestada aos pacientes. Tudo isso se faz necessário para que seja evidenciada a melhoria contínua e a efetiva redução de erros exigidos pela ONA.

Com os autores citados anteriormente é possível perceber que dentro das instituições hospitalares a educação é tratada com uma visão tecnicista, onde os donos de instituições hospitalares são colocados na posição de que há a necessidade de promover atividades educativas aos trabalhadores, para melhoria de desempenho, atualização de rotinas e capacitação de novas tecnologias, visto as obrigatoriedades impostas por leis, normatizações, dentre outros protocolos, sem considerar a

educação como processo de ensino e aprendizagem onde o aluno faz parte deste processo.

A educação é vista como uma estratégia para maior capacitação dos indivíduos, por possibilitar a construção dentro do mundo do trabalho de forma dinâmica, mediando valores culturais, éticos e políticos. Desenvolver o processo de aprendizado dos trabalhadores é um fator essencial para o melhor desenvolvimento das sociedades, que vivem em transformação constante. Desta forma, a Educação Permanente deve estar associada à incorporação de novas tecnologias, a fim de garantir a atualização dos profissionais (RICALDONI; SENNA, 2006).

Segundo os autores citados, os Hospitais são locais de atendimento de assistências complexas e para a prestação desses serviços devem contar com profissionais bem qualificados e capacitados nestes processos. É visível que as tecnologias na área da saúde vêm evoluindo muito durante o passar dos anos, e para acompanhar este processo de evolução se faz cada vez mais necessária a educação dos trabalhadores da área de saúde, visando uma assistência segura e de qualidade aos usuários dos serviços de saúde, sejam de instituições públicas ou privadas. Visto as explicações dos autores e portarias citados acima, é possível entender, no decorrer do texto, que a educação se torna, cada vez mais, uma ferramenta importantíssima para essa classe trabalhadora dentro das instituições hospitalares, além de ser prevista na lei 8080/90 que constitui nosso sistema de saúde.

Além do mais, as relações sociais desenvolvidas pelos trabalhadores durante seus processos de trabalho e como são desenvolvidas também devem ser consideradas, pois do que vale uma técnica impecável se este indivíduo não é capaz de promover relações sociais saudáveis, se sua capacidade de comunicação é ineficaz.

O mais importante é entender que mais do que realizar treinamentos, capacitações técnicas ou atualizações dos trabalhadores para exercerem suas atividades profissionais, é entender que um processo educacional não deve ser realizado baseado apenas nessas necessidades. Um indivíduo em processo de aprendizado deve levar em consideração todos os aspectos importantes ligados ao processo de ensino, que são seus conhecimentos prévios, capacidade de criticidade das atividades

que são propostas, análise do assunto a ser abordado e capacidade de adequação ao seu ambiente de trabalho.

Levando em consideração todo o processo educacional descrito neste capítulo é importante compreender que a educação é sim uma ferramenta essencial para a qualidade dos serviços prestados dentro das instituições hospitalares, mas a educação não é apenas fornecer um treinamento, vai muito além de ensinar uma habilidade técnica, neste contexto, os hospitais estão atrasados no que se diz respeito ao processo de educação para os trabalhadores.

5.2 EDUCAÇÃO EM SERVIÇO NA FORMAÇÃO PERMANENTE DO TRABALHADOR DA SAÚDE

Em 1988, a CF, através do artigo 196º acrescenta um capítulo importantíssimo à história de saúde do nosso país ao decretar que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido, mediante políticas sociais e econômicas à população, que as ações de serviços públicos de saúde passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o SUS (BRASIL, 1988).

Ainda em seu art. 200º, a CF informa que ao SUS compete, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Neste sentido, a formação profissional passa a ser reconhecida como fator essencial para o processo de consolidação da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 1988).

No ano de 1990 a lei 8080 cita ainda a importância da capacitação dos profissionais de saúde. Sendo um conjunto de ações completas para o funcionamento de um sistema de saúde que, mesmo não sendo recente, a política que confere o direito de criação do SUS, também dá direito a capacitação de seus profissionais (BRASIL, 1990).

E foi em meio deste cenário que surge a política de Educação Permanente em Saúde (PNPES), como um nova abordagem político-pedagógica para a questão da formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, com grande potencial estratégico para promover transformações nas práticas em sua formação.

A Política de Educação Permanente do SUS foi oficializada através da portaria 198/2004, criada com a intenção de ser uma estratégia que contribuísse com a transformação dos processos de formação, das práticas pedagógicas e, desta forma, contribuir para a organização dos sistemas de serviços.

Neste sentido, a educação é concebida como uma estratégia para maior capacitação dos indivíduos por possibilitar a construção dentro do mundo do trabalho de forma dinâmica, mediando valores culturais, éticos e políticos. Assim, desenvolver o processo de aprendizado dos trabalhadores é um fator essencial para o melhor desenvolvimento das sociedades, que vivem em transformação constante (RICALDONI; SENNA, 2006).

É fundamental que se compreenda que o conceito de Educação Permanente (EP) traz um novo modelo para à área da saúde no que diz respeito à educação. A EPS é um conceito de educação que tem a capacidade de criar relações orgânicas entre o ensino, o serviço, a gestão e o controle social. Este modelo consegue integrar aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e a capacidade resolutiva da clínica, além de promover a saúde coletiva (LEMOS, 2016).

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais [...] ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2017, p. 5).

A PNEPS é uma estratégia criada como proposta de transformar e qualificar a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos e as atividades pedagógicas (BRASIL, 2017).

Segundo Kleba et al. (2017), os programas de educação permanente devem ajudar na mudança das práticas profissionais propondo melhorias institucionais relacionadas a organização do trabalho. Sendo necessária elaboração de processos educativos que promovam a problematização do processo de trabalho, observando necessidades de saúde que pessoas e populações enfrentam na realidade cotidiana, levando em consideração seus conhecimentos e experiências.

Nesse sentido a EPS representa um esforço voltado para a mudança das práticas e dos processos de trabalho, de forma que é proposto não treinar ou transferir conhecimentos, competências e habilidades, mas transformar as práticas de trabalho a partir de sua ressignificação, atualização, reconstrução e reorientação (LEMOS, 2016).

Coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a EPS visa apoiar a organização do trabalho voltada à atenção integral à saúde e à construção de cadeias de cuidado progressivo à saúde, consolidando a ideia de redes de atenção, articuladoras dos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, “reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações” (KLEBA et al., 2017, p. 2). À medida que orientam as práticas dos trabalhadores da saúde, tais processos educativos favorecem que esses transcendam sua compreensão e atuação, contribuindo com a produção de conhecimentos mais favoráveis à articulação de ações curativas, preventivas e de promoção da saúde.

A formação em saúde possui um papel muito importante na elaboração e consolidação do SUS. Nesse contexto, a educação para profissionais do SUS é considerada como um instrumento de transformação e ressignificação, com repercussões nas maneiras de produzir nos diferentes campos do saber e de produção de bens e serviços (LEMOS, 2016).

Segundo Miccas e Batista (2014), a proposta de ensino da capacitação permanente deve considerar os trabalhadores como atores de um processo de construção de saberes e práticas, para que sejam preparados para serem atores de seus próprios

processos de formação ao longo da vida. A capacitação deve ser realizada sobre os processos de trabalho e avaliada e monitorada pelos participantes.

O desenvolvimento da capacidade crítica e criadora dos sujeitos submetidos a atividades de EPS se torna possível por ser um método que promove alternativas viáveis no campo de trabalho, por se utilizar de formas diferentes de ensino e aprendizagem, fazendo com que os alunos sejam parte deste processo de criação, favorecendo, assim, seu desenvolvimento. Com isso, a EPS busca realizar uma transformação nas práticas profissionais existentes através de respostas construídas a partir da reflexão dos trabalhadores, estudantes e demais atores envolvidos neste processo de ensino (MICCAS; BATISTA, 2014).

Como podemos observar nas reflexões realizadas pelos autores citados, a EP trata-se de uma política com o objetivo estratégico de gerar mudanças tanto no âmbito pedagógico quanto nas organizações dos serviços, principalmente por se preocupar com o processo de formação do sujeito. A educação é vista como um processo que deve levar em consideração todas as características do indivíduo para que ele consiga ser ator do seu processo de ensino, tendo plenas condições de criar problematizações e soluções para seus processos de trabalho, levando em consideração seus conhecimentos prévios, capacidade crítica e habilidades.

Para entender melhor este processo de ensino onde o trabalhador faz parte do processo de aprendizagem, Ceccim (2007) faz uma análise comparativa deste pensamento com as ações realizadas antigamente nos setores administrativos onde, com a evolução do trabalho, os pensamentos passam a ser organizados de maneiras diferentes.

Segundo Ceccim (2007), a teoria da Administração Científica, de Taylor e Fayol, retrata o pensamento inicial, mas que pode ser estendido a Mayo e Weber na teoria administrativa. Elton Mayo iniciou a teoria das relações humanas, onde as pessoas constroem relações em seus ambientes de trabalho e assim superam a simples distribuição de tarefas na produção do trabalho. Max Weber estrutura a organização como um modelo burocrático e, assim, instituiu uma noção de atividades-meio e atividades-fim, o que colocava o homem como adequação aos objetivos do

empreendimento sob o trabalho. As pessoas seriam então, tratadas como recursos ou insumos que teriam a função de dar condições para que os objetivos finais de uma organização fossem alcançados.

Como descrito pelo autor citado, os seres humanos ao longo dos processos de trabalho foram enxergados de diferentes formas. Primeiramente vistos como parte do processo de produção, fazendo parte dos recursos administrativos como recursos materiais ou financeiros. O trabalho era entendido como um processo de engenharia de produção e a mão de obra humana era uma parte deste processo, como podemos ver no pensamento de Taylor. Em contrapartida, o homem era visto como fator para a produção, seguindo os componentes sociais das organizações como dito por Fayol. E, posteriormente, ganha estatuto psicológico e passa a ser visto como pessoa que pode potencializar o processo de produção, adesão ao trabalho e comando da organização.

Para Ceccim e Ferla (2008), A EPS é uma ação de ensino-aprendizagem que se apropria da produção de conhecimentos em meio às atividades cotidianas das instituições de saúde, onde a realidade vivenciada, pelos atores do processo, é de extrema importância para que os problemas do dia-a-dia do trabalho somados às experiências desses profissionais, sejam à base de questionamento e mudança.

Segundo Lemos (2016), a EPS tem relação com a implantação do modelo empresarial toyotista no mundo do trabalho da saúde, pois o taylorismo/fordismo passa a significar uma rigidez que não responde rapidamente aos problemas enfrentados, colocando em risco toda a base do capital sustentado durante décadas. Ao contrário do fordismo, que tenta minimizar a dimensão intelectual do trabalho com a realização das atividades repetitivas e desprovidas de sentidos, o modelo toyotista cria uma lógica mais integrativa do operariado na organização do trabalho.

A Educação Permanente em Saúde se entende ao conceito de ensino problematizador de maneira crítica na realidade, onde o educador não assume uma postura superior ao do educando e sim, de aprendizagem significativa, que está interessada nas vivências e experiências anteriores dos alunos como desafio para busca de novos aprendizados, por isso, o ensino-aprendizagem, embasado na elaboração de conhecimentos que respondam aos questionamentos referentes ao

universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novos questionamentos sobre o ser e o atuar no mundo. É contraditório ao ensino-aprendizagem mecânico, onde o aprendizado é visto como algo repassado, sem a necessidade de conexão com a realidade dos sujeitos e os alunos são vistos como ouvintes e absorvedores do conhecimento do outro (CECCIM; FERLA, 2008).

Esta definição de educação se difere do conceito de Educação Continuada que pode ser compreendida como uma ferramenta estratégica voltada para a qualificação profissional através da atualização de seus conteúdos técnico. A EP pelo contrário, possui o foco central voltado para a ação educativa com o principal objetivo de gerar discussões dentro dos ambientes de trabalho (JUSTO; TEIXEIRA, 2018).

Neste sentido, pode parecer uma compreensão apressada, apenas um nome diferente ou uma designação da época para justificar a formação contínua e o desenvolvimento continuado dos trabalhadores. Trata-se de um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde, para colocar em questão a importância social do ensino e as relações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo, junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações (CECCIM; FERLA 2008).

Segundo Justo e Teixeira (2018), as duas propostas são importantes para a formação de profissionais e gestores de saúde, entretanto, torna-se importante observar sua pertinência para cada ação educativa que se pretende.

Segundo Kleba et al. (2017), os programas de educação permanente devem ajudar na mudança das práticas profissionais propondo melhorias institucionais relacionadas a organização do trabalho. Sendo necessária a elaboração de processos educativos que promovam a problematização do processo de trabalho, observando necessidades de saúde que pessoas e populações enfrentam na realidade cotidiana, levando em consideração seus conhecimentos e experiências.

Nesse sentido, a EPS representa um esforço voltado para a mudança das práticas e dos processos de trabalho, de forma que é proposto transformar as práticas de

trabalho, a partir de sua ressignificação, atualização, reconstrução e reorientação (LEMOS, 2016).

Coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a educação permanente em saúde visa apoiar a organização do trabalho voltada à atenção integral à saúde e à construção de cadeias de cuidado progressivo à saúde, consolidando a ideia de redes de atenção articuladoras dos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, “reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações”. À medida que orientam as práticas dos trabalhadores da saúde, tais processos educativos favorecem que esses transcendam sua compreensão e atuação, contribuindo com a produção de conhecimentos mais favoráveis à articulação de ações curativas, preventivas e de promoção da saúde (KLEBA et al., 2017, p. 2).

Ainda dentro do conceito de educação em saúde temos o termo utilizado como educação continuada, que não deixa de ser um processo educacional importante, porém, é diferente da Educação Permanente, que se trata de uma política mais abrangente dentro do campo de educação em saúde.

A educação continuada é definida como um conjunto de atividades educativas para a atualização do indivíduo, onde é oportunizado o desenvolvimento do empregado assim como, sua participação eficaz no dia a dia da instituição (SARDINHA, 2013).

Para melhor entendimento deste processo, ao longo dos estudos, nos utilizamos do quadro abaixo, onde podemos entender de forma clara e objetiva quais são as principais diferenças entre educação permanente e educação continuada.

Quadro 1 – Diferenças entre educação continuada e educação permanente

EDUCAÇÃO CONTINUADA	EDUCAÇÃO PERMANENTE
Âmbito Individual	Âmbito Coletivo
Atualizações técnicas	Formação integral e contínua
Tema de capacitação elaborado previamente	O tema surge da necessidade de resolver um problema identificado no cotidiano do trabalho, na gestão e no controle social
O objeto central são os temas técnicos e científicos	O objeto central da aprendizagem é o processo de trabalho
Capacitações pontuais	Educação em serviço articulado a mudanças de práticas
O foco são novos conhecimentos e atualização técnico-científica	A atualização técnico-científica é um dos aspectos da transformação das práticas, porém, não é seu foco central. O foco principal são os processos de trabalho e as equipes
Metodologia tradicional de transmissão de informações	Pedagogia centrada na resolução de problemas
Enfoque nos temas de especialidades	Enfoque nos problemas de saúde
Aprendizagem mecânica, objeto do conhecimento pode, muitas vezes, não ter relação direta com o cotidiano do profissional e este não conseguir estabelecer uma relação de utilidade com o tema	Aprendizagem Significativa, que se apropria de experiências e de vivências anteriores dos alunos e promove o desejo aprender mais.
Propõe transformar os conhecimentos técnico-científicos acerca dos temas previamente estabelecidos para capacitação	Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-serviço-aprendizagem

Fonte: SED-RJ (2018)

Ao realizar a análise deste quadro em conjunto com as falas dos autores citados neste capítulo, é fácil identificar as diferenças existentes entre a educação continuada e a permanente, uma vez que os objetivos a serem alcançados, apesar de serem ligados a educação, são muito diferentes.

A educação continuada é vista com foco no individual, em atualização profissional, é a necessidade constante de atualização devido as necessidades tecnológicas existentes. É a transmissão do conhecimento através da utilização de metodologias convencionais, o aluno é tratado como ouvinte, a proposta é proporcionar o conhecimento de temas previamente estabelecidos para a capacitação.

Em contrapartida, a educação permanente é uma política, voltada para atividades desenvolvidas de forma coletiva, o aluno é parte do seu processo de aprendizado, o foco está voltado para as ações voltadas para os processos de trabalho onde os alunos devem levar em consideração suas vivências, o cotidiano do dia a dia de trabalho e sua capacidade crítica de problematização de suas atividades profissionais.

6 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: POLÍTICA E ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO

6.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO POLÍTICA

Neste capítulo trataremos da análise comparativa feita com as portarias que norteiam a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, de 2004 a 2017. Para facilitar essa comparação foi utilizado o quadro que se encontra nos apêndices deste estudo.

A comparação foi realizada de forma cronológica com as Portarias do ano de 2004, 2007, 2008, 2009, 2010, 2014 e 2017. Se considerarmos a Resolução CNS nº 335 de 27/11/2003 que dá origem a "Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, poderemos perceber as diferenças que ocorreram ao longo destes 14 anos (BRASIL, 2003).

As atividades educacionais da PNEPS foram embasadas no art. 200 da lei 8080/90, que traz em seus incisos III e IV a atribuição ao Sistema Único de Saúde - SUS, a ordenação da formação de seus recursos humanos, e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, trazendo a estratégia dos "Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde" como instâncias loco regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente (JUSTO; TEIXEIRA, 2018).

Deste primeiro passo dado pelos profissionais da saúde em 2003 se originou, em 2004, a primeira portaria de EP Nº 198/GM, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde. Que trouxe a criação dos Polos de EP do SUS, que ficou conhecido como roda de conversa. O funcionamento, destes Polos, sai da forma de organograma e entram em uma dinâmica de roda, sendo possível fazer uma analogia com as brincadeiras infantis, onde todos devem ser protagonistas, tendo poder de votação de sugestão, etc. Desta maneira é estimulado o protagonismo de todos os envolvidos para a produção coletiva das propostas.

Na portaria GM/ MS nº 198, o conceito de Educação Permanente em saúde é tratado como proposta pedagógica, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde” (JUSTO; TEIXEIRA, 2018, p. 5).

Os Polos de Educação Permanente deveriam ser compostos por representantes das seguintes áreas: gestores estaduais e municipais, instituições de ensino de saúde, escolas técnicas, escolas de saúde pública, centros formadores das secretarias estaduais e municipais, núcleos de saúde coletiva, hospitais de ensino, estudantes da área de saúde, trabalhadores de saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde e movimentos ligados à gestão do SUS. Eles seriam responsáveis por um determinado território, para que fosse apresentada as necessidades de formação e desenvolvimento. Essa definição loco regional seria feita pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) em cada estado.

O financiamento destas ações inovadoras que contribuiriam para o avanço do SUS, auxiliando nas formações educacionais pela esfera estadual, seriam financiados com recursos do Ministério da Saúde. Esses recursos deveriam ser destinados aos Polos mediante comprovação das atividades a serem realizadas.

O objetivo do Ministério da Saúde foi gerar mudanças na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas e em outras atividades que melhorassem as práticas e formação dos trabalhadores, gestores e educadores dos serviços de saúde.

Três anos após a criação da 1ª Portaria de Educação Permanente em 2004, surge então a Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Com isso, o Ministério da Saúde definiu novas diretrizes e estratégias para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde, levando em consideração as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais e as necessidades de formação e desenvolvimento já instaladas.

Foram criadas então as Comissões Permanentes de Integração e Serviços (CIES), com a função de participar da condução regional da Política de Educação Permanente, sendo compostas por gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e, ainda, conforme as especificidades de cada região, por gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes, trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas, instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Para Kleba et al. (2017), a CIES é composta pelo gestor estadual e gestores municipais de saúde e educação, trabalhadores do SUS, instituições de ensino com cursos na área da saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS e estes devem funcionar como instância interinstitucional e regional para a cogestão da PNEPS na elaboração de projetos de mudança na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores e, para a melhoria da assistência prestada e a reorganização dos serviços de saúde.

Para o planejamento e a execução de ações educativas, a PNEPS recomenda que sejam consideradas especificidades regionais, “necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde” (BRASIL, 2007, s/p).

Por meio desta portaria foi criado o Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS), que serviria para nortear as atividades das Comissões de Integração Ensino-Serviço na construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço.

O plano de ação levava em consideração todas as necessidades da região, desde a definição dos municípios constituintes, como os problemas a serem tratados, as categorias profissionais a serem abordadas, os atores envolvidos no processo, materiais necessários e todos os recursos necessários para que se atingisse o resultado esperado. Com isso pretendia-se desenvolver e aumentar a capacidade pedagógica regional para a intervenção na área da saúde por meio da disseminação e utilização do conceito de Educação Permanente em Saúde como orientador das

práticas de educação na saúde, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Segundo Kleba et al. (2017), tal portaria traz novas definições quanto às suas diretrizes e estratégias, traduzindo um alinhamento com o Pacto pela Saúde, que gerou um maior compromisso da gestão compartilhada do SUS, em parceria com outros atores sociais e institucionais, na definição de prioridades e de estratégias para o desenvolvimento da EP nos diferentes espaços de construção social da saúde.

Na portaria de 2007 pode-se observar uma orientação mais prática e estratégica para que as ações de Educação Permanente fossem efetivadas pelo país, a fim de melhorar e auxiliar os atores envolvidos neste processo de execução da atividade proposta, com atividades metodológicas, criação de ações, definições de carga horária para cursos, etc., além de ter melhor explicitado como deve ser feito o repasse financeiro para a realização das atividades propostas.

Entretanto, Kleba et al. (2017) referem que há perdas importantes e descontinuidades geradas pelas iniciativas de reorganização dessa Política, entre elas a mudança da gestão descentralizada dos recursos e o papel atribuído às instâncias gestoras, que passou de instâncias deliberativas a instâncias consultivas.

Nos anos seguintes, nas três atualizações feitas à Portaria nos anos de 2008, 2009 e 2010, pode-se observar apenas alterações de repasse de verbas para ações de Educação Permanente em Saúde. Na portaria Nº 2.813, de 20 de novembro de 2008, que define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, definiu-se que seriam repassados R\$ 85.000.000,00 (oitenta e cinco milhões de reais) em recursos para implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para apoio aos serviços técnicos, de graduação e de pós-graduação em áreas estratégicas para o SUS.

No ano seguinte, a portaria Nº 2.953, de 25 de Novembro de 2009, definiu que os recursos financeiros repassados permaneceriam com o valor de R\$ 85.000.000,00 (oitenta e cinco milhões de reais), que foram destinados a apoiar as ações do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, acrescentando a necessidade de

ações que auxiliassem na redução da Mortalidade Infantil, enfrentamentos de epidemias de dengue e influenza A (H1N1), além de garantir o apoio à educação profissional técnica do Programa Mais Saúde, formação de profissionais técnicos e apoio à graduação e pós-graduação em áreas estratégicas para o SUS.

Em 2010, outorgada no dia 17 de dezembro, surge a Portaria Nº 4.033, de 17 de dezembro de 2010, que reduziu em 55.000.000 (cinquenta e cinco milhões) as ações voltadas para a Política Nacional de Educação Permanente, que passou a ter o repasse de 30.000.000 (trinta milhões) para apoiar todas as ações do Plano Estadual de Educação Permanente na Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pode-se notar que ao longo destes três anos de repasse financeiro às atividades de Educação Permanente do SUS, houve, no período de 2008 a 2009, o aumento das atividades que deveriam ser desenvolvidas dentro do mesmo repasse financeiro, sendo acrescentado atividades relacionadas a problemas de saúde enfrentados pela população e profissionais de saúde no período. No ano seguinte, em 2010, houve uma redução de 64,7% do valor repassado à realização das atividades previstas por esta portaria, além de não ter mais descrito o apoio à graduação e à pós-graduação em áreas estratégicas para o SUS.

Quatro anos após a última atualização da Portaria de Educação Permanente em saúde em 2010, surge a portaria Nº 278, de 27 de fevereiro de 2014, que instituiu diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Ministério da Saúde (MS).

Nesta portaria, o conceito de Educação Permanente e Aprendizagem Significativa são tratados de forma diferente. Na Portaria de Educação Permanente de 2007, os conceitos destas atividades estavam apresentados de forma interligada. Já na Portaria de 2014, são evidenciados separadamente.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2007).

Educação Permanente em Saúde (EPS): aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. **Aprendizagem significativa:** processo de aprendizagem que propicia a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho (BRASIL, 2014).

Quanto ao Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, em 2007, esta era responsabilidade da CIB, com a reformulação da Portaria no ano de 2014, este passou a ser chamado de Plano de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde (PEP-MS), passando a ter unidades ou equipes do Ministério da Saúde com competência e atribuições de gestão e/ou execução de ações de educação.

As ações educacionais deveriam ser baseadas na reflexão e aprendizagem no/para o trabalho, no âmbito das equipes multiprofissionais, cursos presenciais e à distância, aprendizagem em serviço, grupos formais de estudos, intercâmbios ou estágios, oficinas, seminários, congressos e outras, que venham em contribuição para a pactuação dos processos de trabalho, formação, atualização, qualificação profissional e desenvolvimento dos trabalhadores, em consonância com as diretrizes institucionais do Ministério da Saúde.

Nesta ocasião surge a Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas (CGESP), com a função de promover a articulação da gestão de pessoas do governo Federal com a da Educação Permanente, responsável por financiar as ações de EP constantes do PEP-MS, além de ser responsável pela prestação de contas aos órgãos competentes. Ainda nesta portaria foi criada a Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CODEP), com a função de planejar coletivamente o PEP-MS levando em consideração as necessidades de desenvolvimento dos trabalhadores do Ministério e as especificidades regionais, dar apoio técnico e cooperar com as secretarias e unidades do Ministério da Saúde, estabelecer parcerias com instituições de ensino e

acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde, implementadas no Ministério da Saúde.

Percebe-se, nesta portaria, uma criação de unidades referentes à gestão organizacional das atividades de educação, com o surgimento de um setor de gerência e de uma coordenação, a fim de se seguir uma certa hierarquia para que as atividades fossem realizadas e houvesse um estreitamento da comunicação das atividades educacionais com o Ministério de Saúde. Nessa portaria, a Educação é tratada como forma de valorizar o trabalhador e o trabalho.

No que diz respeito ao financiamento, trata apenas do responsável por esta ação, não sendo evidenciado na portaria os valores a serem repassados, apenas que esta função seria atribuída a CGESP.

Com a criação da portaria N° 3.194, de 28 de novembro de 2017, surgiu o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS), tendo como objetivo estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho.

Estimular o planejamento, execução e avaliação dos processos formativos, compartilhados entre instituições de ensino, programas de residência em saúde e serviços de saúde, tendo os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde - COAPES, de que trata a Portaria Interministerial nº 1.127/MS/MEC, de 4 de agosto de 2015, como dispositivo norteador para favorecer a integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde (BRASIL, 2017).

Desde então foi criada a Comissão de Monitoramento e Avaliação do PRO EPSSUS, a qual deve prestar auxílio à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) no monitoramento e na avaliação das ações realizadas no âmbito do PRO EPS-SUS, que será composto por um representante, havendo um titular e um suplente, dos seguintes órgãos e entidades: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS, que coordenará a comissão, Conselho Nacional de

Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Quanto ao repasse financeiro, a portaria afirma que este será definido de acordo com o número de Regiões de Saúde existentes no estado ou Distrito Federal, observadas as seguintes faixas: de 1 (uma) a 10 (dez) regiões de saúde, R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais); de 11 (onze) a 20 (vinte) regiões de saúde, R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais); de 21 (vinte e um) a 30 (trinta) regiões de saúde, R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais) e, acima de 31 (trinta e uma) regiões de saúde, R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais). O incentivo financeiro de que trata esta Seção terá o valor de R\$ 11.000,00 (onze mil reais) para o Distrito Federal e municípios que possuem até 3 (três) Equipes de Atenção Básica.

No decorrer destes anos de implantação e execução da Política de Educação Permanente, pode-se notar que houve uma redução significativa da verba que foi destinada de 2004 até o ano de 2017 para a execução das atividades de educação. Quanto à organização das ações e serviços, foram surgindo os Polos de educação regionais, conhecidos como rodas de gestão em 2004, as Comissões Permanentes de Integração e Serviços em 2007, até chegarmos a uma organização mais hierarquizada, parecida com um organograma, onde surge a CGESP e a CODEP, para controle e organização das atividades de Educação Permanente no SUS.

É em meio a estas mudanças estruturais, repasses financeiros e diferentes formas de gerir as atividades de educação do SUS, que se encontra nossa Política de Educação Permanente. De acordo com os envolvidos no processo, as mudanças se fizeram necessárias, haja vista as necessidades por eles identificadas no período da história onde a política foi reformulada. Conhecendo o processo de criação e execução do SUS e entendendo a forma como ele surgiu, é possível entender e visualizar as dificuldades encontradas por este sistema, seja na parte assistencial ou na educação, como na PEPS.

No ano de 2017, foram analisadas, pelo Ministro da Saúde, mais de 18 mil portarias vigentes ligadas às temáticas da saúde pública, as quais, após categorização, obtiveram o número de 749 Portarias. Estas sofreram alterações para consolidação,

levando em consideração todo seu conteúdo normativo e de efeitos permanentes ou duradouros (BRASIL, 2017). “Nessa direção, quando se diz que uma portaria foi revogada por Consolidação, entende-se que, embora a mesma não esteja mais vigente, seu conteúdo foi incorporado a uma das seis Portarias de Consolidação-PRC” (BRASIL, 2017, p. 9).

Neste contexto as Portarias GM/MS de nº 198/2004 e 1996/2007, anteriormente mencionadas, foram revogadas em 2017 e consolidadas na GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata sobre as normas relativas às políticas nacionais de saúde do SUS, e na Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre as normas de financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS. Importante ressaltar que as Portarias GM/MS, de nº 2.813/2008, 2.953/2009, 4.033/2010 e 2.200/2011 não foram consolidadas as portarias de consolidação tratadas neste texto (JUSTO; TEIXEIRA, 2018, p. 19).

Pode-se perceber que a PNEPS, desde sua formulação, acerca de 14 anos atrás, sofreu reformulações e atualizações, a fim de garantir que os trabalhadores do SUS pudessem ter acesso à educação e pudessem se tornar atores de seu processo de ensino-aprendizagem, podendo assim atuar de forma efetiva na transformação de suas ações de trabalho e prestando cada vez mais um serviço seguro e de qualidade à população atendida pelo SUS.

A EPS é uma proposta que tem como um de seus principais objetivos transformar e aprimorar a atenção à saúde, os processos de formação e qualificação dos profissionais e as práticas de educação em saúde, assim como incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial (BRASIL, 2018). Ainda hoje, a ideia de se ter uma PNEPS tem como uma de suas principais estratégias fortalecer o SUS, mediante a formação de profissionais que problematizem suas ações e deem valor às particularidades de seus espaços de atuação.

Neste contexto, a PNEPS tem como intenção promover mudanças nas práticas de trabalho, com base em pensamentos críticos, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho por meio da ligação de aprender e ensinar na realidade dos serviços.

Durante a análise das portarias observou-se que houve algumas alterações de processo, como a criação de unidades de trabalho com estratégias diferentes, para que se pudesse chegar ao objetivo final, que seria a melhora dos processos de trabalho exercidos pelos profissionais de saúde e uma melhor formação técnica e de graduação para a área de saúde, com a finalidade de aprimorar o SUS para os profissionais da área e para a população.

Diante de tais premissas, a Educação Permanente em Saúde centra-se em ações integrais, horizontais e democráticas de educação em serviço e articulação. A descrição de Educação, apresentada pelo texto da Política, enfatiza o seu conceito pedagógico no setor da saúde e destaca que sua prática deve ser conduzida pela análise dos desafios vivenciados no cotidiano do trabalho em saúde. Nesta nova elaboração a definição prossegue:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais [...] ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2017).

Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. A discussão, que entende a EPS como estratégia de qualificação das práticas de assistência e gestão na saúde pública do país, inscreve o SUS como interlocutor nato na formulação e implementação de projetos político-pedagógicos direcionados à formação de profissionais, afastando-o, assim, de uma simples função de oferta de campos para estágio ou aprendizagem prática. Nos documentos atuais, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde continua sendo descrita como uma proposta estratégica que tem como um de seus principais objetivos contribuir para transformar e qualificar a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas (BRASIL, 2017).

Entendendo o contexto que as portarias de educação permanente propõem em suas descrições, pode-se perceber o quão importante e necessário se fez a criação e implantação deste processo de ensino e aprendizagem, que tem contribuído para melhoria de atuação dos profissionais do sistema único de saúde de nosso país. A problematização como forma de processo de aprendizagem, onde o trabalhador é convidado a participar da criação do seu processo de ensino, o torna capaz de melhorar suas atividades em todos os âmbitos de conhecimento e, fortalecer, assim, sua capacidade crítica, que pode ser crucial para tomadas de decisão e mudanças de comportamento que possam melhorar suas atividades de trabalho.

6.2 EDUCAÇÃO EM SERVIÇO NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

Neste capítulo abordaremos o funcionamento e organização dos serviços de educação dentro das instituições hospitalares, identificando as principais conquistas, dificuldades e metodologias utilizadas.

Para tal descrição, optamos pelo método de entrevista coletiva. Desse modo foi possível criar um ambiente mais seguro e descontraído para que os participantes da pesquisa se sentissem mais acolhidos e desinibidos para nos contar como funcionam suas atividades.

Para facilitar o entendimento dos leitores, a análise foi feita baseada em quatro categorias que descrevem o que os nossos atores repassaram sobre os serviços apresentados, a saber:

- **Formação das equipes de educação**
- **Atividades educacionais**
- **Metodologias utilizadas**
- **Dificuldades encontradas**

6.2.1 Formação das Equipes de Educação

Identificou-se que a formação das equipes de educação, nos ambientes hospitalares abordados, se deu por enfermeiros que faziam parte da instituição executando outras atividades, em sua maioria enfermeiros assistenciais.

Estes profissionais foram remanejados dos setores que estavam habituados a trabalhar e convidados para desenvolver as atividades educacionais da instituição. Na maioria das vezes selecionavam os enfermeiros mais experientes e com uma melhor aptidão para exercer atividades educativas.

As equipes são formadas por enfermeiros que na maioria das vezes era relocado de um setor assistencial, para realizar essas atividades. São times pequenos em sua maioria contam com a presença de 2 a 3 enfermeiros.

Quando implantou eu era enfermeira do pronto-socorro, e aí veio o enfermeiro X, com ele não funcionou muito bem a educação permanente, acho que porque ele não tinha muita experiência. Aí veio uma outra enfermeira, já veio de fora já com experiência em educação permanente, ei começou a funcionar mesmo essa educação permanente (Trecho da entrevista).

Neste processo de criação da equipe, muitas dificuldades foram enfrentadas por profissionais de educação que não estavam preparados para desenvolver as atividades. Desde o despreparo para a execução da atividade proposta, até o desconhecimento total sobre a educação para trabalhadores de saúde.

Na verdade, não tínhamos o conhecimento de educação continuada e educação permanente, ou plano nacional da educação, então eram enfermeiros que participaram de processos interno que entravam nesse cargo (Trecho da entrevista).

Foi tudo que eu corri atrás para construir, meu interesse em construir entendeu? Até os indicadores (Trecho da entrevista).

Enfermeiros que faziam isso de maneira autônoma (Trecho da entrevista)
Ele me colocou em uma sala com um computador e ele falou pronto, sua sala, sua mesa, seu computador, agora é com você, então eu tipo assim, eu não tinha nada eu não tinha norma, eu não tinha nada que me direcionasse ali. Falei assim meu Deus o que eu vou fazer agora? (Trecho da entrevista)

Esses profissionais atuavam de forma autônoma, executando as atividades educacionais solicitadas e, embasavam-se em literaturas e rotinas institucionais.

Nós tínhamos uma equipe de dois enfermeiros que atuavam de uma forma meio que autônoma, e ia a campo, levantavam a necessidade de treinamentos e faziam o treinamento (Trecho da entrevista).

Durante a entrevista, eles relataram que a dificuldade da implantação muitas vezes era advinda da falta de experiência dos trabalhadores e gestores envolvidos no processo, e também por falta de rotinas descritas que auxiliassem no desenvolvimento das atividades.

A gente recebeu meio que carta branca e conseguimos fazer os benchmarks, a gente conseguiu ir na secretaria de saúde, a gente começou com esse de referência lá de treinamentos e tudo mais. Daí a gente começou a entender o que realmente era educação continuada o que era educação permanente qual a diferença disso para treinamento e desenvolvimento aí o mundo se abriu, ne? (Trecho da entrevista).

Nas três instituições o relato foi unânime sobre a melhora do processo de trabalho após o amadurecimento da equipe e, também após estes profissionais selecionados conseguirem descrever suas funções e atividades de forma organizada.

Nós temos hoje os processos bem descritos todas as atividades que a EC faz tanto do processo do levantamento da necessidade de treinamento, execução e depois o monitoramento, acompanhamento dos resultados, se os objetivos foram atendidos que é um processo macro que temos de desenvolvimento, além desse processo, nós temos também o mapa de habilidades que é o acompanhamento do novo colaborador que é o acolhimento (Trecho da entrevista).

Hoje os processos bem descritos todas as atividades que a Educação Continuada, processo criado pelos enfermeiros que fazem parte da equipe (Trecho da entrevista).

Nas instituições abordadas, a equipe é composta por um ou dois profissionais de enfermagem, que são responsáveis pela realização das atividades educacionais. Os treinamentos que são realizados por esta equipe são voltados para as áreas assistenciais e, o maior foco é a enfermagem das instituições.

A enfermagem representa no Brasil o percentual mais significativo de pessoal, chegando a atingir em alguns casos cerca de 60% nas instituições hospitalares (SILVA; SEIFFERT, 2009).

Apesar da equipe de saúde não se restringir a estes profissionais, durante a fala das entrevistas ficou claro que as equipes de educação existente nas três instituições possuem um foco maior voltado para as áreas assistenciais de enfermagem. Os outros trabalhadores que compõem as equipes multiprofissionais possuem processos educacionais realizados por seus líderes ou por colegas de equipe que estão a mais tempo dentro das instituições.

Segundo Silva e Seiffert (2009), a maioria das instituições de saúde tem um setor denominado "educação continuada ou contínua" ou "educação em serviço".

A rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nas instituições é grande e, segundo relato das equipes entrevistadas, os novos trabalhadores precisam de treinamento para se adequar e realizar as rotinas de forma correta. No entanto, às vezes, mesmo sendo treinados, não passam no período de experiência.

As pessoas estão entendendo que a rotatividade aqui está muito alta, tem isso também, é um fato agravante, rotatividade muito alta, ou seja, a pessoa que eu treinei agora daqui a seis meses ela está fora, às vezes nem isso, não passou nem na experiência e ele vai (Trecho da entrevista).

A equipe de educação é responsável pela elaboração e execução dos treinamentos oferecidos, além da elaboração de relatórios e controles de indicadores dessas ações educativas.

Os indicadores de treinamento, segundo os entrevistados, servem para acompanhamento da instituição, para medir a quantidade de turmas realizadas, horas de treinamentos que cada trabalhador teve durante o mês, temas abordados, além de possuir um controle das listas de presença, que são documentos utilizados como base legal para a comprovação das atividades educacionais da instituição.

6.2.2 Atividades educacionais

Para a organização das ações educativas realizadas nos hospitais avaliados, o profissional responsável se utiliza de uma planilha chamada Levantamento de Necessidades de Treinamento, que eles chamam de LNT.

Neste documento devem estar descritos os assuntos a serem abordados, o público-alvo e o mês descrito para que esta atividade seja realizada. Geralmente, este formulário é preenchido no segundo semestre do ano vigente, para que as ações possam ser planejadas para sua realização no próximo ano.

Em uma das instituições o planejamento é feito anualmente, ou seja, para os 12 meses do ano. Nas outras duas instituições é feito de forma trimestral.

Os temas definidos na LNT são abordados nos meses descritos neste documento e podem sofrer alterações de execução durante o ano.

Esse formulário é preenchido pela pessoa responsável por ministrar as ações educacionais dentro da instituição em conjunto com as coordenações das áreas assistenciais.

Os dados que são levados em consideração para elaboração desses documentos são advindos de normas obrigatórias para o funcionamento dos serviços, RDCs, legislações, eventos adversos (definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, que não são atribuídas à evolução natural da doença de base), por indicadores do setor que não estejam atingindo a meta estipulada pela instituição ou mesmo por uma necessidade apontada pelo próprio gestor da área.

É até uma questão de corte de verba, se não houver o cumprimento dos indicadores e metas, que são várias, como de lesão por pressão, de vários eventos adversos essa coisa toda (Trecho da entrevista).

A tal da LNT, ela é praticamente uma planilha, a gente tem todas essas planilhas no computador, a desse ano está correndo e daqui a pouco vou fazer a de 2020, em primeiro lugar os treinamentos obrigatórios que são as RDCs (Trecho da entrevista).

Eu identifico e aí eu monto um cronograma, de três em três meses (Trecho da entrevista).

Os treinamentos são mapeados e alinhados a estratégia da instituição, os resultados obtidos são resultados que estão relacionados diretamente ao levantamento da necessidade do treinamento, por conta de alguma necessidade, problema a ser resolvido, evento, indicador (Trecho da entrevista).

Está muito focado na assistência que acompanha a evolução do desenvolvimento através de indicadores de notificação de eventos, nós temos um sistema que monitora a quantidade de notificações e após a realização do treinamento nós temos como verificar se chegou ao resultado que esperávamos que é redução daquele evento que estava acontecendo (Trecho da entrevista).

As atividades de educação não são desenvolvidas apenas seguindo o formulário de LNT, que serve como um cronograma para esses profissionais organizarem, planejarem e desenvolverem suas atividades.

Eles informaram que, por necessidade dos setores ao longo do ano, pode ser necessário a realização de um treinamento não planejado, mas que precise ser realizado.

São as chamadas demandas espontâneas, que são decorrentes de ações, falhas ou necessidades de treinamentos identificadas ao longo do ano que não podem esperar, sendo consideradas de grande gravidade, como um atendimento ineficaz, a utilização errada de um aparelho, dentre outros.

Neste momento, esses educadores entram em contato com os gestores das áreas e acabam trocando algum tema ou incluindo um novo treinamento nas atividades que estavam previstas.

Pela descrição dos participantes desta pesquisa, o LNT não se trata de um cronograma engessado. Se for necessário ele pode sofrer adequações e até mesmo alterações de datas e temas. No entanto, existem treinamentos que não podem ser deixados de lado, que são obrigatórios por lei, RDCs, dentre outros.

Então houve essa necessidade, uma necessidade espontânea, não necessariamente teve um indicador da qualidade, mas teve esse episódio, e a gente considera grave (Trecho da entrevista).

[...] A gente tem demandas espontâneas, que eu encaixo durante todo o ano, independente se eu já tenho 12 ou não, então eles vão se encaixando, então

eu dou mais de um treinamento por mês com certeza, sempre (Trecho da entrevista).

Eu vou nas áreas e identifico que precisa de um treinamento, converso com o gestor, planejo e executo (Trecho da entrevista).

O levantamento das necessidades é fundamental para a projeção da programação da Educação Continuada, onde se deve tomar como ponto de partida as dificuldades reais do campo de atuação e a participação dos enfermeiros no Programa de Educação Continuada (SILVA et al., 2009).

Além do cronograma de atividades realizado nestas instituições e feita também uma avaliação de eficácia, que se trata de um documento onde esses profissionais podem identificar se as ações educativas surtiram os efeitos desejados para os trabalhadores após a realização do treinamento. Neste formulário é descrito o nome do treinamento, o setor onde foi realizado, os trabalhadores que participaram da ação e qual era o objetivo a ser alcançado.

O preenchimento é realizado pelo gestor da área, ou pelo responsável por ministrar os treinamentos. No preenchimento deve-se ter uma justificativa informando se o treinamento foi eficaz ou não. Quando avaliado como não eficaz, deve ser identificada qual ação deve ser realizada para tratativa deste problema.

Quando esta ferramenta é preenchida pela pessoa responsável pela realização do treinamento, é relatado pelos participantes que há um conflito de interesse entre o resultado que será obtido, uma vez que a equipe que ministrou o treinamento não vai relatar que o treinamento foi ineficaz.

Durante a entrevista ficou claro que, para o participante da pesquisa em questão, esta avaliação deveria ser feita pelo gestor da área, ou por pessoas que possam acompanhar a atividade durante o processo de trabalho, a fim de garantir uma resposta mais fidedigna à realidade e demonstrando de fato se o treinamento foi eficaz ou não.

Para que o treinamento seja considerado eficaz, os trabalhadores treinados precisam ser capazes de realizar as atividades, ensinadas no treinamento, na prática.

Após 90 dias da realização do treinamento o gestor é cobrado via e-mail a avaliação de eficácia do treinamento (Trecho da entrevista).

É, do treinamento exatamente é aí que a gente barra no conflito de interesse, que já foi dito ao RH, não tem cabimento de algum, como é que vou a eficácia de uma coisa que eu tô dando, eu vou falar que foi bacana né!? Então o ideal mesmo é o gestor fazer aquilo, o dono do processo fazer e não quem tá fazendo o treinamento (Trecho da entrevista).

Quem me manda, então, essa folha de eficácia são os gestores, todos eles têm no sistema, então o enfermeiro que está ali na ponta, porque tem o coordenador o enfermeiro referência né, que é assistencial também, e de frente também ele vê ali se o fulano pegou o treinamento, ou tá com dificuldade ainda, aí ela preenche "olha 98% dos funcionários da enfermaria tal, conseguiram adquirir, foram bem no treinamento e tal, mas 1% correspondendo ao funcionário tal" específica né "ainda precisa de treinamento" aí eu abordo esse funcionário de novo (Trecho da entrevista).

A gente promove workshop, seminário. Tem esse contato multi, acabamos pegando outras áreas, ficamos sabendo dos eventos que vão ter. Pois acabamos colaborando para aquele evento acontece (Trecho da entrevista).

[...] Eu sempre trago muito exemplo, exemplo de casa, da instituição mesmo para ilustrar; e tenho também por exemplo de RCP que é prático, a gente tem manequim prático, punção prático (Trecho da entrevista).

A Avaliação de Eficácia permite ao avaliador, ou seja, o chefe ou outro responsável pelo participante, verificar a eficácia do treinamento realizado. Esta avaliação será gerada para todos os participantes, independentemente da situação do mesmo.

A avaliação de treinamento possibilita a identificação dos fatores que restringem ou contribuem para o melhor desempenho dos participantes, adequando as ações de capacitação às necessidades organizacionais (BORGES et al., 2006).

A avaliação da eficácia fornece dados importantes para a avaliação do treinamento. No entanto, esse modelo tradicional de avaliação de aprendizagem é limitado, pois não permite avaliar o treinamento em sua totalidade (MIRA et al., 2011).

Há também um acompanhamento realizado para os trabalhadores recém contratados, que funciona como um treinamento introdutório para que este trabalhador esteja apto a realizar suas atividades básicas.

Em algumas instituições é utilizado o mapa de habilidades, que é um documento com a descrição de algumas atividades que devem ser repassadas a este funcionário,

devendo estar ligadas às rotinas que devem ser desenvolvidas por ele durante a execução de suas atividades diárias.

Essas atividades educacionais são desenvolvidas pelos profissionais que já estão nas áreas, não é feita pela equipe de treinamentos, e sim pelo gestor, enfermeiro ou algum técnico mais experiente. Trata-se do repasse das rotinas da instituição para que este trabalhador não se sinta perdido nos seus primeiros dias de trabalho.

Na verdade, a gente envia e faz o controle do mapa de habilidades, mas quem aplica são os gestores, os coordenadores e quem tiver como referência dos novos colaboradores, que eles são inseridos dentro da rotina de cada setor (Trecho da entrevista).

6.2.3 Metodologias utilizadas

Durante a entrevista foram relatadas algumas metodologias de ensino, tais como, a prática expositiva em forma de aulas teóricas, treinamentos práticos onde eles poderiam demonstrar técnicas, simulações realísticas e a realização de jogos para tornar os treinamentos mais atrativos.

No método expositivo foi falado da necessidade de se buscar referencial teórico, por meio de livros, artigos, revistas científicas, entre outros, e formas de adquirir conteúdos teóricos atualizados para a montagem de uma aula parecida com a do modelo acadêmico, utilizando-se de *slides*, vídeos e falas dos educadores sobre o assunto. A participação dos envolvidos é de ouvinte, havendo pouca ou nenhuma interação entre o educador e aluno.

Na verdade, eu acho que é a técnica mesmo, assim a prática mesmo, entendeu? Todos os treinamentos assim eu sempre estou baseado em alguma coisa, alguma literatura (Trecho da entrevista).

Para alguns assuntos ele é muito teórico, por exemplo os obrigatórios eu faço no auditório, pois eu tenho a participação de 60 70 no mesmo horário, é uma aula “gente o que é isso, o conceito disso é isso...” eu sempre trago muito exemplo, exemplo de casa, da instituição mesmo para ilustrar (Trecho da entrevista).

A aula expositiva caracteriza-se pela exposição oral/escrita do conteúdo pelo professor, sem levar em conta o conhecimento prévio dos estudantes e espaço para questionamentos. Nesta estratégia, o foco é o professor e o aluno é agente passivo, que recebe as informações transmitidas pelo professor (NUNES, 2012).

Os treinamentos práticos são formas de repassar um conteúdo que precisa ser manuseado pelo participante do treinamento. Neste modelo o educador precisa realizar uma técnica específica, explicar como ela deve ser realizada e deixar que os participantes repliquem a informação de forma prática, até que sejam capazes de realizar a técnica sozinhos. Um dos exemplos mais utilizados pelos participantes desta pesquisa foi o de punção venosa. Onde o educador explica, realiza o procedimento e depois pede para que os alunos repitam a mesma prática. A intenção é padronizar rotinas, procedimentos e atividades que devem ser realizadas da mesma forma em toda a instituição.

Tenho também por exemplo de RCP que é prático, a gente tem manequim prático, punção prático (Trecho da entrevista).

Aí realmente a gente os traz principalmente, para o laboratório que é onde nós podemos fazer um treinamento mais prático uma simulação diferenciada, né!? (Trecho da entrevista).

Na simulação realística, o educador simula durante o treinamento um ambiente real, onde os participantes são levados a colocar em prática suas habilidades em um ambiente seguro e guiado. O exemplo utilizado foi o atendimento a uma parada cardiorrespiratória, onde os alunos são colocados dentro de um ambiente que simula um quarto hospitalar e os participantes precisam realizar o atendimento a um paciente como se fosse uma situação real. O educador possui manequim e materiais que possibilitam que este atendimento seja o mais próximo da realidade possível. Neste tipo de metodologia os trabalhadores são levados a treinar suas habilidades assistenciais de forma guiada e, quando ocorre algum erro ou falha de processo, os educadores podem entrar em cena retirando dúvidas e informando a forma correta de realização do atendimento proposto.

[...] A gente monta o cenário e faz um atendimento de parada [...] (Trecho da entrevista).

A simulação realística em saúde para a formação e treinamento dos profissionais da área tem crescido como uma das estratégias para o desenvolvimento de habilidades técnicas e não técnicas. Habilidades técnicas são em geral constituídas de procedimentos específicos e habilidades não técnicas envolvem as competências cognitivas e sociais que complementam a técnica para o desempenho da prática do profissional com qualidade e segurança. Sendo assim, é possível trabalhar, durante as simulações, elementos como consciência situacional, tomada de decisão, comunicação, trabalho em equipe, liderança, gerenciamento de conflito e fadiga, que são habilidades essenciais para as atividades que envolvem alto risco, como os serviços de saúde (KANEKO; LOPES, 2019).

Desta maneira, a simulação realística tem sido utilizada como metodologia de ensino nos laboratórios e centros de simulações para proporcionar um ambiente reflexivo e de transformação para o desenvolvimento de competências essenciais ao cuidado centrado no paciente e alcance dos objetivos e resultados propostos neste processo de aprendizagem e aprimoramento (KANEKO; LOPES, 2019).

O cenário em simulação realística em saúde é uma parte integrante e fundamental para o planejamento e organização dos cursos de formação profissional, capacitação e treinamento de profissionais de saúde (KANEKO; LOPES, 2019).

A maioria das instituições de ensino tem encontrado dificuldades para engajar seus alunos utilizando os recursos educacionais tradicionais. Na sociedade em rede, a avalanche de informação disponível torna necessário encontrar novas formas de ultrapassar os métodos tradicionais de ensino, assim como outras maneiras para encantar e motivar os alunos da nova geração nas atividades educacionais (CASTELLS, 2007).

A gamificação é a utilização de jogos para tornar as atividades mais atrativas aos participantes, promovendo um ambiente de aprendizado por meio de competições, com regras e objetivos pré-definidos. No mundo da era digital e de várias transformações tecnológicas, os educadores precisam se adequar a essas realidades e fazer com que os participantes de treinamentos queiram participar destas atividades e sejam aptos a levar os conteúdos aprendidos para a prática do dia a dia.

Então a gente sempre que vai fazer um treinamento a gente desenvolve ou algum jogo ou passamos algum vídeo e discute aquele caso, ou a gente faz uma dinâmica (Trecho da entrevista).

A gente tem um laboratório, uma sala para a enfermagem também (Trecho da entrevista).

Segundo Alves (2015), tornar as atividades mais divertidas e gamificadas trazem engajamento a públicos diferentes. E a conexão está diretamente ligada à importância dos conteúdos, às pessoas e à forma como a aprendizagem é motivada.

6.2.4 Dificuldades encontradas

Segundo os relatos destes trabalhadores, são inúmeras as dificuldades encontradas, que podem ser desde a falta de recurso para a realização da atividade educativa até a liberação dos profissionais para a realização do treinamento.

Nas três instituições os serviços surgiram por necessidades da instituição e com o remanejamento de profissionais internos para o desenvolvimento desta atividade. Durante a explicação deste processo de criação da equipe os participantes relataram que não havia um documento de apoio, um profissional mais experiente ou mesmo uma rotina descrita. Esse processo teve que ser criado do zero pelos profissionais indicados como aptos a desenvolver essa habilidade. Sempre foram escolhidos profissionais mais experientes e com interesses voltados para as áreas educacionais que já fazia parte destas instituições.

Durante o relato das atividades, os participantes da pesquisa ressaltaram o quanto também é difícil fazer com que alguns gestores entendam a necessidade e o funcionamento dos processos educacionais. Muitos acreditam que essa atividade não tem utilidade ou não vale o tempo e os recursos investidos nelas.

Segundo Silva et al. (1986), nem sempre os serviços de educação continuada são valorizados pelas equipes de saúde ou pelas autoridades competentes.

Antigamente não tínhamos tanta adesão, tenho gerente que não acredita em treinamento, que acha que treinamento não resolve nada (Trecho da entrevista).

O gerente de RH não tinha muito conhecimento de educação permanente, qual é a função dela e não entendia muito esse serviço né ele ficava meio perdido então eu ficava muito solta e então eu me direcionava, buscava o apoio da qualidade e da gerência de enfermagem (Trecho da entrevista).

O ano passado inteiro eu me senti como se a educação permanente, não precisasse dela na instituição, não pela equipe de enfermagem, não pela diretoria, até porque eles não sabiam disso, mas pelo próprio gerente que a gente tinha no RH, no departamento pessoal que era o mesmo né que eles não conhecem esse serviço então tipo assim é como se eu não fizesse parte da equipe, entendeu? (Trecho da entrevista).

Em contrapartida, há gestores que identificam que qualquer falha é necessidade de treinamento, mesmo que essa falha seja falta de um equipamento adequado ou a rotina descrita não estar de acordo com a realidade.

Hoje os próprios gestores têm interesse no treinamento, então hoje quando eu convido um parceiro, fornecedor para trazer um conhecimento, a gente já consegue fazer um treinamento para a gestão, para os gestores, para referências né, e eles querem participar, isso é bacana, antes isso não tinha (Trecho da entrevista).

Tipo assim agora que a gente começou com a nossa gerente aqui ela começou a... já me deu direcionamento, agora a gente tá construindo tudo de novo entendeu? Mas agora tá bem bacana, mas antes no RH a gente era muito perdida (Trecho da entrevista).

Então a gente saiu da reunião, dando a tarefa de casa para a coordenação, analisar o evento e definir a causa e no final de tudo, nem foi realmente um problema relacionado a enfermagem, então não gerou um treinamento (Trecho da entrevista).

Tem gestor que acha que tudo é treinamento (Trecho da entrevista).

Às vezes durante o próprio treinamento a gente identifica que não é falta de competência técnica ou de conhecimento, é processo. Se no início a gente não tem essa questão bem clara, as vezes a gente vai realizar um treinamento e o problema vai continuar existindo (Trecho da entrevista).

Pode se identificar dentro da fala da entrevista que os profissionais identificam que a falha dentro de um processo de trabalho pode não ser apenas do trabalhador que realiza a atividade, esse problema pode estar na forma de se desenvolver uma atividade, o processo neste caso pode ser a falha, e se ele não for solucionado o problema tende a persistir. Aqui há a identificação pelo entrevistado de que ocorrem falhas que não são técnicas e sim processuais e que neste caso um treinamento não será a solução.

Outra dificuldade é a de adesão das equipes aos treinamentos. Isso é repassado como algum ruim, mas que a equipe que realiza os treinamentos acaba entendendo. Como o foco desses treinamentos são para as áreas assistenciais, às vezes, segundo relato dos participantes, é difícil que o trabalhador se ausente de seu ambiente de trabalho. Pode haver uma intercorrência, falta de pessoal, ou outros motivos. A dinâmica de funcionamento de um setor assistencial acaba influenciado na liberação destes trabalhadores, o que impacta na adesão dos treinamentos.

Vou te falar, para mim educação continuada foi um divisor de águas, porque a grande dificuldade da educação continuada em qualquer lugar do planeta é adesão (Trecho da entrevista).

A educação continuada e o treinamento não estão sozinhos na verdade, ele é o básico então eu preciso saber fazer, tenho que desenvolver habilidades, desenvolver conhecimento interesse através de treinamento, mas eu preciso também de todos os outros recursos, né? E quem vai me dar são eles, são gerentes, colaboradores, né? (Trecho da entrevista).

Uma dificuldade também, que eu lembrei agora, que é treinar o enfermeiro, consigo treinar até o chefe dele, mas ele eu não consigo treinar, e a equipe técnica é o que mais vem para a gente. Mas o enfermeiro eu sinto essa dificuldade, imagino que seja pela própria dinâmica do hospital, né!? É difícil sair do setor, é difícil não sei de que (Trecho da entrevista).

É uma dificuldade que a gente tem hoje, é um sonho na verdade, de chegar para o gestor e falar “quero que você selecione a pessoa que não tem a habilidade para isso” e ele manda essas pessoas para o treinamento (Trecho da entrevista).

Os técnicos de enfermagem eles não gostam de sair do setor para fazer o treinamento (Trecho da entrevista).

E aí, o nosso desafio é criar cada vez mais treinamentos que as pessoas tenham vontade de ir, vão né. Não é porque está sendo obrigado, mas que tenha prazer (Trecho da entrevista).

À medida que a educação continuada se torna importante, é necessário para o desenvolvimento de suas atividades recursos humanos, materiais, espaço físico e que todos esses recursos dependam dos objetivos propostos e das condições financeiras da instituição (DAVIM; TORRES; SANTOS, 1999).

Conforme os relatos das entrevistas é claro que o que vem ocorrendo dentro dos ambientes hospitalares é a educação continuada, com uma visão tecnicista voltada para a necessidade contínua da capacitação dos trabalhadores partindo de um tema previamente definido. Essa visão pode ser observada na fala dos entrevistados, onde estes citam que as coordenações, junto as equipes de educação, elegem temas específicos para que sejam tratados durante três meses ou para que atinja um cronograma de treinamentos anual.

É visível que os profissionais que participam dos treinamentos não realizam nenhum tipo de crítica aos processos de trabalho ou problematização de suas ações cotidianas, o treinamento, tão citado nas falas dos profissionais entrevistados, possui a função de transmitir conhecimento. Neste contexto os alunos não são levados a pensar e refletir sobre suas ações.

Nos dias atuais ainda nos deparamos com visões gerenciais que se posicionam de modo sistemático pela noção de que a baixa eficiência das ações de saúde é devida à falta de competência dos trabalhadores, que pode ser suprida por cursos e treinamentos.

O processo de ensino e aprendizado não é realizado com a transmissão de conhecimento, não é uma aula que muda uma realidade ou melhora o cotidiano dos trabalhadores, educação é muito mais que um treinamento.

Diferente do que ocorre dentro das instituições hospitalares, a educação em saúde é um processo pedagógico e político que visa o desenvolvimento reflexivo e crítico, permitindo apontar a realidade e propor ações inovadoras, além de que sejam capazes de opinar nas decisões no ato de cuidar de si e do próximo de maneira correta e com qualidade (MACHADO et al., 2007).

De acordo com o estudo realizado por Tavares (2006), educação é o processo sob o qual a população está constantemente em desenvolvimento como ser humano e, com o propósito de integrá-lo. Trata-se, portanto, de um processo político, de modo que a educação não deve ser imposta.

Segundo Peduzzi et al. (2009), a educação no ambiente de trabalho traz a possibilidade de reconstruir os métodos de trabalho a fim de promover a melhora do serviço realizado. Assim, os profissionais da área da saúde podem perceber as falhas e trabalhar buscando melhorar o atendimento aos clientes, garantindo também direitos e qualidade aos usuários.

Mesmo não sendo um dos nossos objetivos, pode-se perceber, em todas as equipes entrevistadas, pela fala dos atores, a importância que eles dão aos trabalhos que são

realizados por eles e, o quanto eles conseguem ver mudanças de comportamento e melhorias de processos acontecerem dentro de suas instituições.

É interessante ver que a evolução que as equipes tiveram desde a criação até os dias atuais fizeram com que elas conseguissem ver em suas atividades um sentido maior e, assim, executar suas atividades de forma altamente motivada.

Durante vários momentos da entrevista, mesmo em frente a dificuldades encontradas, se achava uma frase motivadora, algo que era descrito com entusiasmo, e as expressões da face dos entrevistados demonstrava a alegria e a vontade de realizar as atividades.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou realizar uma análise comparativa das Política de Educação Permanente ao longo dos anos de 2004 a 2017, afim de identificar as mudanças ocorridas na política segundo as portarias.

De forma comparativa, utilizamos as entrevistas coletivas para entender as atividades que ocorrem dentro das instituições hospitalares e compará-las com as atividades propostas pela política de educação permanente em saúde.

Realizou-se uma breve revisão de literatura sobre o Sistema Único de Saúde e a Política de Educação Permanente, para que fosse possível entender em qual cenário ocorreu a criação e a execução destas atividades.

A análise e comparação das portarias constatou algumas mudanças com relação às ações e formas de implantação. A portaria que foi criada em forma de rodas de conversa em 2004, onde todos os envolvidos no processo teriam voz ativa, fazendo-se uma analogia a cirandas, brincadeiras de criança onde todos participam ativamente do processo, passou em 2014 a ter um formato mais organizacional, com criação de gerências e coordenações para este processo.

Com a criação de um sistema em forma de organograma, as atividades educacionais antes construídas e aplicadas pelos profissionais envolvidos no processo, passam a ser organizada por um sistema onde há ações de coordenação e gestão. As atividades para que possam ocorrer agora precisam seguir um cronograma de validação para que seja aprovado e realizado.

Isso significa descontinuidades geradas pelos organizadores desta política, como perdas importantes podendo destacar a mudança da gestão que surgiu de forma descentralizada de recursos e passou a ser realizada pelas instancias gestoras com a criação da coordenação e da gerência. Passado de instancias deliberativas a instancias consultivas.

No decorrer desta análise foi possível identificar que o contexto de Educação Permanente do SUS é extremamente diferente do contexto de Educação Continuada. Visto que, a educação continuada possui objetivos e estratégias de ensino bem diferentes dos propostos pela PNEPS.

Aos hospitais é atribuída uma grande quantidade de tecnologia, que se renova com muita frequência, o que leva estas instituições a garantir que seus trabalhadores estejam aptos a realizar suas atividades. Por isso, ao longo das entrevistas, pode-se observar a necessidade constante de atualização dos profissionais que trabalham nesses ambientes.

A importância de ensinar as rotinas realizadas na instituição e de se repassar as RDCS e portarias necessárias as atividades realizadas dentro dos ambientes hospitalares têm sido cada vez mais cobradas pelas instituições acreditadoras como a ONA e também está prevista na RD 36, que se trata da segurança dos pacientes, o que afasta cada vez mais os hospitais de realizar as atividades educativas seguindo a PNEPS.

No entanto, os trabalhadores não são vistos como parte do processo de aprendizagem. O que é visto por essas instituições é uma necessidade de capacitação, não de desenvolvimento de pensamento crítico. A fala das equipes é sempre relativa a algo já proposto, uma aula já preparada, o repasse de algum conteúdo, não a reflexão sobre os problemas que os setores de fato têm enfrentado. Após reflexão dos textos de EP e de conhecer a política que surgiu em 2004 é fácil entender que o que ocorre dentro das instituições hospitalares de fato se trata de uma educação continuada.

Desta forma o estudo nos leva a uma reflexão sobre como pensamos na formação de nossos profissionais em ambientes hospitalares. O que está sendo realizado atualmente é uma atualização profissional e não um processo de educação conforme propõem a PNEPS.

Conclui-se que a educação é um processo de ensino e aprendizagem que deve levar em consideração o aluno como parte principal do seu processo de ensino aprendido, onde ele deve ser capaz de desenvolver problematizações em seu cotidiano de trabalho propondo soluções de atividades, assim como propõem a PNEPS.

Sendo assim, a Política Nacional de Educação Permanente em saúde deve ser reconhecida como um bem público e de direito da cidadania, capaz de fortalecer as ações de serviços em saúde, auxiliando os profissionais e serviços de saúde a se desenvolver de forma permanente, fundamentado em práticas de saúde formadas na democratização do acesso, na gestão participativa e no controle social.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. Gamification - como criar experiências de aprendizagem engajadoras. Um guia completo: do conceito à prática. 2ª ed. São Paulo: DVS, 2015. ALVES, Lynn Rosalina et al. Gamificação: diálogos com a educação. In Luciane Maria Fadel et al. (Org.). **Gamificação na educação**. São Paulo: Pimenta Cultural, 2014 [e-book]. Disponível em: <<https://eademfoco.cecierj.edu.br/index.php/Revista/article/view/440> <<https://doi.org/10.18264/eadf.v7i2.440>> Acesso em: 23/05/2018.

BADALOTTI, C.M.; BARBISAN, A.O. Uma breve história do edifício hospitalar – da antiguidade ao hospital tecnológico. **Revista Tecnológica**, v. 3, n. 2, p. 346-358, sep. 2015. ISSN 2358-9221. Disponível em: <<https://uceff.edu.br/revista/index.php/revista/article/view/100>> Acesso 23/04/2018.

BORGES, A.J. E. et al. Construção de medidas e delineamentos em avaliação de TD&E. In: ABBAD, G.; MOURÃO, L. **Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas**. Porto Alegre: Artmed; 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n39/v18n39a17.pdf>> Acesso em: 01/09/2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 01/09/2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2015. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf> Acesso em: 05/06/2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. **Biblioteca virtual em saúde**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf> Acesso em: 05/06/2018.

_____. Ministério da Saúde Portaria nº198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf> Acesso em: 05/06/2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Saúde Legis – sistema de legislação em Saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.htm> Acesso em: 05/06/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº3194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. **Saúde Legis- sistema de legislação em saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html> Acesso em: 05/06/2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº3194, de 28 novembro de 2017. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Saúde Legis – sistema de legislação em saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html> Acesso em: 05/06/2018.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial União**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em: 08/07/2019.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf> Acesso em: 08/07/2019.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Diretoria Colegiada RDC nº 36, de 25 de julho de 2013: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, 2013. **Saúde Legis- sistema de legislação em saúde**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html> Acesso em: em: 08/07/2019.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar**. Série ANS 4 - Rio de Janeiro: ANS, 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Livro_Manual_AtencaoSaude.pdf> Acesso em: em: 08/07/2019.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2007. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/337/259>> Acesso em: em: 08/07/2019.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso> Acesso em: em: 08/07/2019.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, fev. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100013&lng=en&nrm=iso> Acesso em: em: 08/07/2019.

CECCIM, R. B. "Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde"! O devir da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface**. Botucatu. v. 11, n. 22, p. 358-361, ago. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832007000200015&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 10/08/2018.

DALBELLO-ARAUJO, M. D. **O cotidiano de uma equipe do Programa Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social**. 2005, 234p. Tese Doutorado em Psicologia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, 2005. Disponível em: <<http://www.psicologia.ufes.br/pt-br/pos-graduacao/PPGP/detalhes-da-tese?id=446>> Acesso em: em: 08/07/2019.

DALBELLO-ARAUJO, M. D. et al. Educação em saúde sob o paradigma da promoção. In: LANDIM, F. L. P.; CATRIB, A. M. F.; COLLARES, P. M. C. **Promoção da saúde na diversidade humana e na pluralidade de itinerários terapêuticos**. Campinas, São Paulo: Saberes, 2012.

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G. de V.; SANTOS, S. R. dos. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 43-49, dezembro 1999. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13503.pdf>> Acesso em: 10/08/2018.

GABRIEL, C. S. et al. Perspectiva dos Enfermeiros Brasileiros sobre o Impacto da Acreditação Hospitalar, v.49, revista eletrônica, **Enfermeira Global**, 2018. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/pt_1695-6141-eg-17-49-00381.pdf> Acesso em: 25/10/2019

HEIMANN, L. S. Desafios para a equidade em saúde na região metropolitana de São Paulo. In: HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOZA, R. (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 169-243. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232006000300033&script=sci_arttext&tlng> Acesso em: 25/10/2019.

JUSTO M. A; TEIXEIRA, P. Carina et al.: Bases para diálogos e reflexões em educação permanente em saúde. **Superintendência em educação em saúde**, 2018. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTkzMTY%2C>. > Acesso em: 25/10/2019.

KANEKO, R. M. U; LOPES, M. H. B. M. Cenário em simulação realística em saúde: o que é relevante para a sua elaboração? **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 53, e03453, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342019000100602&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 25/11/2019.

KLEBA, M. E et al. Fortalecendo o protagonismo da Comissão de Integração Ensino-Serviço para a educação permanente em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.38, n.4, e2016-0008, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472017000400401&lng=en&nrm=iso. > Acesso em: 25/11/2019.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. Saúde colet.** V.21 n.3 Mar 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000300913&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 25/11/2019.

LUDKE, M.; ANDRE, M. 1986. A pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU. Disponível em:

<<http://rbepold.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/viewFile/1605/1577>> Acesso em: 25/11/2019.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde coletiva**, v.12, n.2, p.335-42, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200009&lng=en&nrm=iso. > Acesso em: 25/11/2019.

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas na Pesquisa em Serviço Social - NESPI nº1. São Paulo: PUCSP, 1994.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. da S. Educação permanente em saúde:

metassíntese. **Rev Saúde Pública**, v. 48. n. 1. p. 170-185, 2014. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf>> Acesso em: 15/09/2018.

MIRA, V. L. et al. Análise do processo de avaliação da aprendizagem de ações educativas de profissionais de enfermagem. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 45, n. s/p, p. 1574-1581, Dec. 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000700006&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15/09/2018.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

Disponível em:

<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf> Acesso em: 15/09/2018.

NUNES, T. **As diferenças entre aulas expositivas e aulas dialogadas**. Disponível em: <<https://posgraduando.com/as-diferencas-entre-aulas-expositivas-e-aulas-dialogadas/>> Acesso em: 15/09/2018.

ORNELLAS, C. P, Os Hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados, R Bras. Enferm. Brasília, .51, n2, p.253-262, abr./jun., 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71671998000200007&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 15/09/2018.

PAIM, J. S. O pensamento do movimento sanitário: impasses e contradições atuais no marco da relação público-privado no SUS. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042019000200302&script=sci_arttext> Acesso em: 15/09/2018.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n6/19.pdf>> Acesso em: 15/09/2018.

PAIM, J. PAIVA, G.M. et.al, Estudo Bibliométrico Acerca da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Revista Sanare, editora Sobral, V.14, n.02, p.141-147, jul. /dez. – 2015 S. O que é o SUS. 1. ed. Rio de Janeiro. Fio Cruz, 2015. 93 p. v. 1. Disponível em: < <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/839>> Acesso em: 15/09/2018.

PAIM, J. S. O pensamento do movimento sanitário: impasses e contradições atuais no marco da relação público-privado no SUS. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01031104201900020030> Acesso em: 15/09/2018.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, set. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832009000300011&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 15/09/2018.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000400009&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 15/09/2018.

PIMENTEL, A. O Método Da Análise Documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, novembro/ 2001.

PINTO, E. E. O. et al. Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trab. Educ. Saúde**. v. 8 n. 1, p. 77-96, mar. /jun.2010, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462010000100005&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 15/09/2018.

RICALDONI, C.A.C.; SENA, R.R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n.6, p.837-842, dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000600002&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15/09/2018.

RODRIGUES, P. H. A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, p. 653-673, abr./jun. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00037.pdf>> Acesso em: 15/09/2018.

SARDINHA, P. L. et. Al, Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos, nº29, revista eletrônica, *Enfermeira Global* 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf> Acesso em: 15/09/2018.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: Lacunas e perspectivas da regulamentação. In: HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOSA, R. (Org.). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 127-165. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000150&pid=S1413-8123200800050001200018&lng=en> Acesso em: 15/09/2018.

SILVA, A.L.C. et al. Reativação do serviço de educação continuada da divisão de enfermagem do Hospital Prof. Edgard Santos: relato de experiência. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, n. 39, v. 1, p. 71-78, jan. /mar. 1986. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471671986000100010&script=sci_arttext> Acesso em: 15/09/2018.

SILVA, G. G. A. Uma abordagem da antinomia ‘público x privado’: descortinando relações para a saúde coletiva. **Interface – Comunic. Saúde**, v.9, n.18, p.7-24, jan. /jun. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a02v1019.pdf>> Acesso em: 15/09/2018.

SILVA, G. M. da et al. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev. bras. Enferm.** Brasília, v. 62, n. 3, p. 362-366, jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003471672009000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 15/09/2018.

SILVA, G. M. da; SEIFFERT, O. M. L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev. bras. Enferm.** v.62, n.3, pp.362-366, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000300005>> Acesso em: 15/09/2018.

TAVARES, C. M. M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 287-295, jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000200013&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 15/09/2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

Equipe

Data: Membros da equipe:

1. Há quanto tempo existe este serviço na instituição?
2. Como foi o processo de criação do setor de educação desta instituição? (Aprovação da diretoria, gerencia de enfermagem, contratação ou realocação de profissionais para trabalhar na área)
3. A equipe conta com quantos profissionais? (Enfermeiros, administrativos)
4. Como é a rotina de trabalho de vocês?
5. Como são organizadas as atividades de educação? (Turmas, avaliações de reação, testes, solicitações de treinamento, contato com os coordenadores)
6. Como acontecem as atividades de educação?
7. Quais são as metodologias de ensino utilizadas por vocês?
8. Quais são as dificuldades que enfrentam para executar as atividades de educação?
9. Vocês sabem os que os profissionais pensam sobre tais atividades?

APÊNDICE B Termo de consentimento livre esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa como voluntário. Após os esclarecimentos quanto as informações a seguir e caso deseje participar desse estudo, assine ao final do documento que está em duas vias. Uma via é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso recuse a participar, não será prejudicado (a) de maneira alguma e caso aceite a qualquer momento você pode solicitar sair da pesquisa. Se surgir dúvida, poderá solicitar esclarecimentos ao pesquisador em qualquer momento. Você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da EMESCAM, que validou esse trabalho no telefone (27) 3334-3586 ou pelo e-mail comitê.etica@emescam.br ou no endereço Comitê de Ética em Pesquisa – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – Av. N.S. da Penha, 2190, Santa Luzia – Vitória – ES – 29045-402.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto de Pesquisa: EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NOS AMBIENTES HOSPITALARES

Instituição: EMESCAM Telefone: 3334-3586

Pesquisador responsável:

Nome: Karolyne Sarti Sessa

Endereço: Rua Professor Heráclito Pereira, Bairro: Santa Tereza, Cidade: Vitória, Estado: Espírito Santo (ES), CEP:29026855

Telefone: (27) 997730486

Objetivos da pesquisa: Objetivo Geral: Avaliar os programas de educação permanente implantada em três hospitais da Grande Vitória. Objetivos Específicos

Descrever as políticas de educação permanente relacionadas aos profissionais de saúde. Descrever o processo de implantação dos programas de educação permanente em três hospitais da Grande Vitória. Identificar quais são as metodologias de ensino mais utilizadas por essas equipes, para treinamento dos profissionais de saúde.

Identificar as dificuldades encontradas na implantação e execução dos programas de educação nos hospitais.

Procedimentos: A entrevista coletiva que será realizada com o apoio de um questionário como um instrumento orientador e com apoio de um gravador para que não se perca as informações passadas pelo entrevistado, as gravações serão destruídas após análise das transcrições realizadas pelo pesquisador. As transcrições serão guardadas por 5 anos após a defesa da dissertação em local de acesso restrito

ao pesquisador e orientador e não serão identificadas com nomes de participantes ou instituições.

Riscos e desconfortos: Os riscos possíveis a esta pesquisa estão ligados a quebra de sigilo e confidencialidade. Caso o indivíduo não se sinta confortável para responder ao questionário, poderá questionar o pesquisador ou desistir em qualquer momento.

Benefícios: Descrever a política de Educação Permanente do SUS, informa o cenário atual em que se encontra o processo para os profissionais de saúde dentro dos ambientes hospitalares, descrevendo como foi o processo de implantação e as dificuldades encontradas pelos profissionais envolvidos no processo. Será uma ferramenta de importante consulta para hospitais e profissionais que desejam implantar esta rotina dentro de suas instituições.

Custo/Reembolso para o pesquisado: Não haverá custos.

Confidencialidade: Todas as informações serão mantidas em sigilo pelo pesquisador.

As cópias da assinatura do TCLE serão arquivadas pelo pesquisador.

Consentimento de Participação

Eu _____, RG:
_____/_____, CPF _____, abaixo assinado, autorizo a participação no estudo referido. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos assim como algum desconforto decorrentes da participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer prejuízo.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Obs: Todas as páginas deverão ser assinadas.

Objetivos	<p>Instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.</p> <p>Constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS interinstitucionais e locoregionais.</p> <p>Gestão de cada Pólo de Educação Permanente.</p> <p>Estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das</p>	<p>Definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.</p> <p>Condução regional da política através das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).</p> <p>Definir as atribuições do colegiado de Gestão regional da educação permanente em saúde com as funções de constituir planos de ações regionais, submissão do plano a Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), incentivar a participação dos gestores de serviços de saúde, acompanhar, monitorar e avaliar as ações estratégicas de educação e avaliar periodicamente o trabalho das comissões de integração de ensino e serviço para propor alterações se necessário. Garantir que as CIES sejam compostas por: Gestores estaduais e municipais de educação e seus representantes,</p>	<p>Definir recursos para a implantação da Política de Nacional de Educação Permanente em Saúde- 85.000.000 (Oitenta e cinco milhões de reais) //</p> <p>Apoiar as ações constantes do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde //</p> <p>Formação de profissionais técnicos//</p> <p>Apoio a graduação, pós graduação em áreas estratégicas para o SUS</p>	<p>Definir recursos para a implantação da Política de Nacional de Educação Permanente em Saúde- 85.000.000 (Oitenta e cinco milhões de reais)//</p> <p>Apoiar as ações do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde //</p> <p>Redução da Mortalidade Infantil//</p> <p>Enfrentamentos de Epidemias de Dengue e Influenza A (H1N1) //</p> <p>Educação profissional técnica do PROGRAMA MAIS SAÚDE //</p> <p>Formação de profissionais técnicos//</p>	<p>Definir recursos para a implantação da Política de Nacional de Educação Permanente em Saúde- 30.000.000 (Trinta milhões)//</p> <p>Apoiar as ações do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde</p> <p>Formação de profissionais técnicos//</p> <p>Apoio a graduação, pós graduação em áreas estratégicas para o SUS</p>	<p>"Educação Permanente em Saúde (EPS): aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde (BRASIL,2014).</p> <p>"Aprendizagem significativa: processo de aprendizagem que propicia a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho" (BRASIL,2014).</p> <p>Plano de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde (PEP-MS), passou a ter unidades ou equipes do Ministério da Saúde com competência e atribuições de gestão e/ou execução de ações de educação.</p> <p>Surge a Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas (CGESP), com a função de promover a articulação da gestão de pessoas do governo do federal com a da Educação Permanente, responsável por financiar as ações de EP constantes do PEP-MS além de ser responsável pela prestação de contas aos órgãos</p>	<p>Surge o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS). Tendo como objetivo estimular acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho.</p> <p>E criada a Comissão de Monitoramento e Avaliação do PRO EPS-SUS, a qual deve prestar auxílio a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) no monitoramento e na avaliação das ações realizadas no âmbito do PRO EPS-SUS, que será composto por um representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS, que a coordenará, Conselho</p>
-----------	---	--	--	--	---	---	---

	<p>iniciativas com a política estadual e nacional de saúde entre os polos. Promover a mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas, pós graduações, desenvolvimento de trabalhadores, gestores, movimentos estudantis, produção de conhecimento para mudanças das práticas de saúde e formação, bem como a educação popular para gestão social das políticas públicas.</p>	<p>trabalhadores do sus, intuições de ensino com cursos de saúde, movimentos sociais ligados a gestão de políticas públicas. Definição da abrangência e função da CIES. Criado o Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS), que serviria para nortear as atividades das Comissões de Integração Ensino-Serviço na construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço.</p>		<p>Apoio a graduação, pós graduação em áreas estratégicas para o SUS</p>		<p>competentes. Ainda nesta portaria é criado a Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CODEP), com a função de planejar coletivamente o PEP-MS, levando em consideração as necessidades de desenvolvimento dos trabalhadores do Ministério e as especificidades regionais. Dar apoio técnico e cooperar com as secretarias e unidades do Ministério da Saúde, estabelecer parcerias com instituições de ensino e acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde, implementadas no Ministério da Saúde. Educação como valorização do trabalhador e do trabalho.</p>	<p>Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Saúde (CNS).</p>
--	--	---	--	--	--	--	--

ANEXO

ANEXO A - Aprovação do CEP Emescam

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NOS AMBIENTES HOSPITALARES

Pesquisador: Karolyne Sarti Sessa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04614518.2.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.172.937

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado vinculado ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local intitulado: EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NOS AMBIENTES HOSPITALARES, a ser realizada em três hospitais da Grande Vitória (público, privado e filantrópico) de diferentes gestões e que possuem ativo o serviço de educação continuada. Os participantes da pesquisa serão 15 trabalhadores que integram as equipes de educação continuada. Será realizada também análise documental sobre a educação para profissionais de saúde do ano de 2004 até os dias atuais.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar os programas de educação continuada em três hospitais da Grande Vitória.

OBJETIVO SECUNDÁRIO

Descrever as políticas de educação relacionadas aos profissionais de saúde. Descrever o processo de implantação dos programas de educação continuada em três hospitais da Grande Vitória. Identificar quais são as metodologias de ensino mais utilizadas por essas equipes, para treinamento dos profissionais de saúde. Identificar as dificuldades encontradas na implantação e execução dos programas de educação nos hospitais.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br