

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

ANA MARIA FERNANDES

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM UNIDADES DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: DO SIGNIFICADO À
PRÁTICA**

BOTUCATU
2011

ANA MARIA FERNANDES

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM UNIDADES DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: DO SIGNIFICADO À
PRÁTICA**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Julio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eliana Mara Braga

**BOTUCATU
2011**

ANA MARIA FERNANDES

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM UNIDADES DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA: DO SIGNIFICADO À PRÁTICA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Aprovado em: ____/____/____.

*Aos meus pais, a quem devo tudo que sou,
pois sempre acreditaram em mim (in memoriam).*

*As minhas irmãs, Zelia e em especial, Lia
(in memoriam), que foi meu exemplo, força e minha
fada madrinha.*

*Ao meu marido Silvio, aos meus filhos
Ariane e Rafael, e a minha nora Mariane, por
trazerem luz e alegria a minha vida, por contribuírem
para que eu alcançasse esse objetivo, por suportarem
as minhas ausências e chatices e por estarem sempre
ao meu lado nesta conquista, o meu amor e minha
eterna gratidão.*

Vocês são eternos em meu coração.

A Deus.

*Bendito seja o Senhor que, dia a dia, leva o
nosso fardo! Deus é a nossa salvação.*

Salmo 68:19.

Agradecimentos

Aos professores do curso de Mestrado, do Departamento de Enfermagem, que ajudaram no meu crescimento profissional.

À Secretária de Pós-Graduação da UNESP, por tanta atenção e carinho em todas as vezes que precisei.

À Secretária do Departamento de Enfermagem, Aline Parada, pela paciência e amizade durante todo o curso.

As professoras Doutoradas Carmem e Wilza pelo carinho e exemplo de profissionalismo.

Aos colegas que participaram deste estudo para que se tornasse uma realidade.

À Secretária Municipal de Saúde que permitiu a realização deste estudo, em especial ao Dr. Fernando Monti.

A minha amiga Hilsa que foi companheira desde o início deste sonho.

E um agradecimento especial à minha orientadora e amiga, Prof.^a Dr.^a Eliana Mara Braga, pela paciência, delicadeza, compreensão e, principalmente, por acreditar em mim, dividindo seus conhecimentos e incentivando sempre para que esse sonho se realizasse.

Enfim, a todos que de alguma forma colaboraram com a realização deste estudo.

Obrigada.

*Ainda que eu andasse pelo vale da sombra da morte
não temeria mal algum, porque tu estás comigo, a
tua vara e o teu cajado me consolam;*

*Certamente que a bondade e a misericórdia me
seguirão todos os dias de minha vida, e habitarei na
casa do Senhor por longos dias.*

Salmo 23.

RESUMO

Este estudo teve com objetivo conhecer o significado e a prática que os enfermeiros das unidades de urgência e emergência de um Município do interior do Estado de São Paulo têm sobre Educação Permanente em Saúde (EPS). Foi um estudo qualitativo em que foram entrevistados 16 enfermeiros de duas unidades de urgência e emergência. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada gravada em aparelho áudio e digital e o tratamento dos dados foi realizado por meio da Análise de Conteúdo. Os resultados deste estudo foram organizados nas seguintes categorias temáticas: quanto ao significado da EPS para enfermeiros de unidades de urgência e emergência: os enfermeiros afirmam que é um programa de ensino permanente e progressivo que qualifica, estimula e ajuda os profissionais na resolução dos problemas do dia a dia; são ações estratégicas de saúde que promovem transformações individuais e institucionais. Quanto à prática da EPS em unidades de urgência e emergência: por meio de treinamentos e cursos de diversos temas, porém, que não atendem as expectativas dos envolvidos; capacitações e treinamentos restritos para os cargos de chefia e diretoria; e falta de estrutura organizacional para a prática de EPS. As conclusões deste estudo nos permitem considerar a necessidade de investimentos em habilidades comunicacionais para viabilizar a possibilidade de diminuir conflitos, ansiedade e os temores gerados pelo estresse do dia a dia. Isso exige envolvimento, sensibilidade, atenção, compreensão, diálogo, apoio, conforto e esclarecimento de dúvidas. A construção da EPS não é exclusividade da gestão, mas de todos os sujeitos responsáveis pela produção de saúde, incluindo, profissionais de saúde, usuários, prestadores de serviços, instituições de ensino, entre outros. Por mais que a EPS valorize o coletivo, não se pode esquecer que o coletivo é constituído por sujeitos que possuem singularidades, as quais devem fortalecer os alicerces para esta construção.

Palavras-chave: Educação Continuada; Relações Interpessoais; Equipe de Enfermagem; Medicina de Urgência.

ABSTRACT

This study aimed to know the meaning and practice that nurses in urgency and emergency units in a district of São Paulo have on Continuing Health Education (EPS). It was a qualitative study which 16 nurses were interviewed in two emergency service units. Data was conducted through a semi-structured interview recorded on audio and digital equipment and data processing was done through Content Analysis. The results were organized into the following themes: the meaning of the EPS for nurses that work in urgency and emergency units: the nurses say it is an permanent educational program that qualifies, encourages and helps professionals in solving problems during their work; it is strategic actions in health that promote individual and institutional transformations. In the practice of EPS at urgency and emergency: through training and courses in some areas, however, that do not meet the expectations of people who work there; capacity building and training restricted to positions of leadership and management and lack of organizational structure for the practice of EPS. The findings of this study allow us to consider the need for investments in communication skills to make possible reduce conflicts, anxiety and fears that can happen in the stress of everyday life. This requires involvement, sensitivity, caring, understanding, dialogue, support, comfort and clarify questions. The construction of the EPS is not exclusive to management, but in all subjects for the construction of health, including health professionals, users, service providers, educational institutions, and others. As much as the EPS value the collective, we can not forget that the collective consists of individuals who have singularities, which should strengthen the foundation for this construction.

Keywords: Continuing Health Education; Interpersonal Relations; Nursing Team; Emergency Medicine.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Comunicação Interpessoal e Educação Permanente em Saúde.....	22
1.2 Educação Permanente em saúde como Educação Problematizadora	25
1.3 Pedagogias Tecnicistas.....	26
2 OBJETIVO.....	30
3 MÉTODO.....	31
3.1 Tipo de estudo.....	31
3.2 Local do estudo.....	32
3.3 Sujeitos do estudo.....	32
3.4 Coleta de dados.....	33
3.5 Tratamento de dados.....	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	38
4.1 Caracterização dos entrevistados.....	38
4.2 Análise Categorial Temática.....	38
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
6 REFERÊNCIAS.....	55
7 ANEXOS.....	63
Anexo I – Aprovação do CEP.....	63
Anexo II – Termo de consentimento livre e esclarecido	64
Anexo III – Questionário.....	65

APRESENTAÇÃO

Essa dissertação nasceu da observação realizada durante minha trajetória profissional como enfermeira e docente em cursos técnicos e de graduação de Enfermagem.

Formada em Enfermagem pela Universidade Sagrado Coração de Bauru (USC), Especialista em Enfermagem do Trabalho, em Urgência e Emergência, em Docência para Ensino Superior e Enfermeira Pronto Socorro, desde o início de minha formação profissional, sempre me acompanhou uma dúvida a respeito da assistência dada ao paciente e sua família, pois muitas vezes pude observar dificuldades na comunicação e interação da equipe de enfermagem com o paciente. Essas situações me incomodavam constantemente, pois observava que essa falta de comunicação poderia refletir na qualidade da assistência durante o período de hospitalização desses clientes.

Quando passei a atuar em unidade de urgência e emergência constatei mais fortemente essa mecanização de trabalho, ocasionando a insensibilidade no tratamento ao paciente e sua família, talvez por falta de conhecimento ou de oportunidade de interação da equipe diante de tanto estresse.

Considero importante constantes atualizações nas práticas profissionais de enfermagem, por meio de educação permanente, que podem promover o encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, no qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações.

Diante do exposto, como enfermeira supervisora de um serviço de saúde, com inserção na prática, exercendo a supervisão de serviço de saúde de urgência e emergência, senti a necessidade de trabalhar com a educação em serviço de modo contínuo e atualizado, portanto procurei o mestrado profissional com esta finalidade.

1 INTRODUÇÃO

Diante dos aspectos evolutivos das práticas profissionais, os profissionais necessitam de constantes atualizações e a área de Enfermagem não pode deixar de lado a importância real de sua evolução.

A Enfermagem vem se desenvolvendo com base em conhecimentos empíricos e teóricos fundamentados em múltiplas atividades profissionais, voltadas para a assistência, o ensino, o gerenciamento e a pesquisa¹.

Nesse desenvolvimento da profissão deve-se levar em consideração o processo de trabalho da equipe de enfermagem, a fim de propiciar uma assistência segura, isenta de riscos ou danos a clientela. Destaca-se, também, a importância de que os profissionais de enfermagem conheçam as normas legais que regulamentam os direitos e as obrigações relativos ao exercício da profissão, incluindo as dimensões éticas e moral que permeiam as ações desses profissionais¹.

Nos últimos anos, o sistema de saúde brasileiro tem passado por intensas transformações, instituídas legalmente pela Constituição Brasileira de 1988 e pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. Nesse contexto, a construção de novas práticas de saúde tem se configurado como um desafio, dadas as dificuldades de superação de um modelo biologicista e mecanicista para outro mais amplo, voltado à integralidade, humanização e inclusão da participação dos trabalhadores em saúde e usuários¹.

O Ministério da Saúde está propondo a Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde².

A Educação Permanente em Saúde é um processo educativo formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo de revitalização pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, buscando qualificação, postura ética, exercício de cidadania, conscientização, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos, para uma práxis crítica e criadora¹.

Deste modo, a educação permanente se configura como uma estratégia para a aprendizagem coletiva a partir das práticas e dos problemas do trabalho, oportunizando o diálogo e a cooperação entre os profissionais, serviços, gestão, atenção, formação e controle social, potencializando o enfrentamento e a resolução com qualidade¹.

Compreende-se, portanto, a Educação Permanente em Saúde como uma forma mais abrangente de educação do trabalhador, enquanto formação integral e contínua do ser humano, tendo como base um referencial teórico-metodológico problematizador, ou seja, é um processo de educação no trabalho mais abrangente, com preceitos atuais filosóficos e políticos, no sentido de valorizar os recursos humanos e efetivar uma práxis comprometida com as reais necessidades da população. Assim, pode-se perceber o trabalhador na sua totalidade, compreendendo que este necessita estar continuamente em processo de crescimento pessoal e profissional¹.

A Educação Permanente em Saúde possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na saúde e o desenvolvimento das instituições, além disso, reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social¹.

Inclui todas as bases educacionais que aumentem a base de conhecimentos e habilidades do indivíduo, desde uma visita informal a um centro de excelência até o estudo formal exigido para a obtenção de um grau acadêmico¹. Não deve somente informar, mas também ajudar as pessoas a examinarem as bases sociais de suas vidas, enquanto situações adversas à saúde em suas comunidades.

A Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Pode ser entendida como um processo aprendizagem – trabalho, que acontece no dia a dia das pessoas e das organizações. É realizada a partir de problemas encontrados na realidade, levando em consideração as experiências que as pessoas possuem.

Vale ressaltar que a Educação Permanente em Saúde situa-se em um contexto de uma virada no pensamento da educação profissional, na qual o processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado da aprendizagem¹.

A educação tem sido considerada como instrumento para mudanças e transformações em uma sociedade. As transformações sociais e educacionais têm repercussões nos modos de produzir, nos diferentes campos do saber e de produção de bens e de serviços. No âmbito da educação e da saúde, a acumulação do conhecimento, traduzido em tecnologias e indicadores da qualidade dos processos de trabalho tem influenciado a organização do trabalho, exigindo que os trabalhadores adquiram novas habilidades de forma dinâmica³.

Para muitos educadores, a Educação Permanente em Saúde configura um desdobramento da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos, perfilando-se pelos princípios e/ou diretrizes desencadeados por Paulo Freire desde Educação e Conscientização/Educação como Prática da Liberdade/Educação e Mudança, passando pela Pedagogia do Oprimido, Pedagogia da Esperança, Pedagogia da Cidade, Pedagogia da Autonomia e Pedagogia da Indignação⁴.

A mudança na formação por si só ajuda, mas essa mudança como política se instaura em mais lugares, todos os do Quadrilátero⁵: ensino, gestão, atenção e controle social, pois todos esses lugares estão conformados em acoplamento de captura da Educação Permanente em Saúde. Tanto a incorporação crítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica produzida, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais representam a captura da Educação Permanente em Saúde e, por conseguinte, dos processos de

mudança. É por isso que a Educação Permanente em Saúde é um desafio ambicioso e necessário⁵.

Neste sentido, em setembro de 2003, o Ministério da Saúde, por meio de seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde, aprova junto ao Conselho Nacional de Saúde a “Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde”, corroborando que esta não pode estar voltada apenas para a busca eficiente de evidências diagnósticas, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos; deve estar pautada, também, no levantamento das necessidades de saúde das pessoas, da gestão local e do controle social⁶.

A lógica da educação permanente é descentralizadora ascendente e transdisciplinar, proporcionando a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade da docência e do enfrentamento das situações de saúde⁶.

A Educação Permanente em Saúde é estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor de saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação⁵. Pode ser definida como a ação pedagógica que enfoca o cotidiano do trabalho em saúde e o leva à autoanálise e a reflexão de processo, avança no sentido multiprofissional e na construção coletiva por meio das experiências vivenciadas de novos conhecimentos, que podem gerar novas práticas. Assim, a política de educação permanente em saúde congrega, articula e coloca em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonista na condução dos sistemas locais de saúde⁷.

A escola dos recursos humanos em saúde vivencia tensões em sua estrutura clássica ao ser impulsionada pelos desafios oriundos das flexibilidades e deterioração nas relações de trabalho. Evoluções no sistema, mutações no trabalho e nas profissões, regras de funcionamento e políticas sociais buscando a equidade são elementos indispensáveis para uma análise da tensão vivenciada pela escola dos recursos humanos⁸.

Evidenciar os modos de cuidar em enfermagem, suas múltiplas facetas, seu registro e divulgação, torna-se elemento fundamental para a sua problematização e busca de novos caminhos na prática desta profissão. Um dos grandes desafios da enfermagem na atualidade constitui-se em aliar a sua prática com a das pessoas cuidadas, buscando na alteridade, alternativas de cuidado mais coerentes com as suas necessidades⁹.

O processo ensino-aprendizagem se desenvolve com base nas trocas entre os sujeitos envolvidos: quem aprende e quem ensina estão intimamente integrados em um processo de partilha de conhecimentos, vivências e sentimentos, pautados pela comunicação entre estes pares. O processo não se faz somente pela transferência de conteúdos técnicos, normas e protocolos. Ele deve levar em conta as experiências vivenciadas pelos indivíduos e sua bagagem profissional e pessoal¹⁰.

O envolvimento dos trabalhadores com a Educação Permanente não é responsabilidade exclusiva deles próprios. Ao administrar o serviço, o gestor precisa priorizar e incorporar a qualificação de seus trabalhadores. Do contrário, o que se realiza não pode sequer ser conceituado como processo de Educação Permanente, pois as ações não estão inseridas na rotina do serviço e tornam-se dispersas, resultando em atividades pontuais e desconectadas do contexto de organização do trabalho¹¹.

O conceito de alteridade tem aparecido com relativa frequência em espaços de discussão da psicologia. A questão da alteridade vem sendo tratada há muito tempo por uma diversidade de espaços intelectuais que vão desde a filosofia às ciências ditas humanas e sociais, sendo que, a psicologia esteve ausente desse debate até a emergência da abordagem das representações sociais, inaugurada por Moscovi¹².

A palavra alteridade, que possui o prefixo *alter*, do latim, possui o significado de se colocar no lugar do outro na relação interpessoal, com consideração, valorização, identificação e diálogo com o outro. A prática alteridade se conecta aos relacionamentos tanto entre indivíduos como entre grupos culturais religiosos, científicos, étnicos, etc¹².

Na relação alteritária, está sempre presente os fenômenos holísticos da complementaridade e da interdependência, no modo de pensar, de sentir e de agir, no qual o nicho ecológico, as experiências particulares são preservadas e consideradas, sem que haja a preocupação com a sobreposição, assimilação ou destruição destas¹².

A temática, no entanto, sempre esteve presente nas reflexões da antropologia. Para essa ciência, a alteridade se constitui, desde a sua emergência, em desafio a ser explicado, posto que a antropologia se estrutura sobre a temática da cultura. Nesse sentido, tem prestado relevantes contribuições na medida em que suas investigações tratam de mostrar o outro como diferença, desvendando suas características e especificidades⁸.

A evolução e crescente complexificação das práticas que organizam o trabalho em saúde, com a incorporação de novas tecnologias em ritmo acelerado, vêm estabelecendo padrões mutáveis do trabalho nesse campo, envelhecendo rapidamente os cenários estabelecidos para sua realização¹³.

Etimologicamente, portanto, a educação é entendida como o processo de tirar de dentro de uma pessoa algo que já está dentro dela, ou levar para fora da pessoa aquilo que está presente nela mesma¹⁴.

Neste sentido, na área da saúde tem se evidenciado a fundamental importância da prática interdisciplinar para aprofundar a formação de profissionais que tenham a mínima possibilidade de trabalho em conjunto, criando condições para um cuidado mais integrado e integrador aos usuários do SUS¹⁵.

Estudiosos do tema, em pesquisa realizada com enfermeiros, concluem que, dentre as possíveis sínteses entre a formação dos profissionais e as necessidades de competências na atuação prática na promoção da saúde, destaca-se um processo de trabalho pautado pela interdisciplinaridade¹⁵.

Nos movimentos de mudança na gestão setorial, há uma forte ligação e uma forte autonomia intelectual com origem ou passagem pelo movimento institucionalista¹⁴⁻¹⁵ e nos movimentos de mudança na educação de profissionais de saúde, um intenso engajamento, também com uma intensa produção original¹⁶⁻¹⁷.

O mais rico na Educação Permanente em Saúde é a sua nascente na interrogação da realidade e sua meta de contratualizações diversas que formam propostas e projetos potentes para mudar as práticas e operar realidades vivas, atualizadas pelos vários saberes em conexão, pela atividade dos vários atores em cena e pela responsabilidade com os coletivos⁶.

Em sua prática, o enfermeiro está em constante processo educativo. Para a conscientização desse fato, este necessita desenvolver suas ações com reflexão crítica, curiosidade, criatividade e investigação. Inseridas nesse processo estão a educação permanente, a continuada e a em serviço. Assim, esta reflexão teórica objetiva subsidiar as discussões da continuidade de capacitação dos profissionais de enfermagem, tendo em vista que, na graduação, há exigência no sentido de formar profissionais críticos, reflexivos e competentes em aprender a aprender¹⁸.

A proposta da educação permanente foi difundida como um dispositivo adequado para a mudança. Estudos sobre desenvolvimento de novas formas de abordar problemas de saúde com vistas à capacitação de pessoal do setor saúde propagaram-se pela América Latina, estimulando discussões e produção de trabalhos no Brasil¹⁹.

O projeto do Ministério da Saúde sobre os Pólos de Educação Permanente foi uma forma de construção de um terreno para a problematização necessária da mudança do conjunto das práticas dos gestores da saúde, quanto a suas intervenções no campo da educação em saúde, enquanto pauta nacional. Como instância do SUS, esses Pólos não necessariamente respondiam de modo uniforme a esta pauta, pois a instalação de múltiplos atores loco-regionais lhe dão singularidades que não podem ser desprezadas. Mas o terreno e o sentido da política foram aí instalados, cabendo aos atores concretos resolvê-los nos seus modos de produzir o SUS no Brasil².

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), organizado pela Diretoria de Educação Permanente em Saúde – Divisão de Educação Permanente em Saúde, com apoio de diversos representantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço regionais, é um documento previsto pela Portaria 1996/2007, que redefiniu a Política Nacional de Educação Permanente no âmbito do SUS. O PEEPS pode ser compreendido como uma proposta de orientação das ações de educação permanente e educação profissional no âmbito do SUS em Santa Catarina, alinhadas com as necessidades de formação e qualificação profissional exigidas para a atenção das necessidades de saúde da população²⁰.

A Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (1ª CRS) está em funcionamento desde o final de 2007, a partir da promulgação da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, a qual dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) e altera a portaria anterior (198/04), instituindo as CIES em nível Estadual e Regional. Passando por diversos entraves e desafios, incluindo modificações na área de abrangência – de referência para três regiões sanitárias, formando a CIES Metropolitana (1ª, 2ª e 18ª Coordenadorias Regionais de Saúde) para apenas uma, a 1ª CRS desde o início buscou desenvolver suas ações de forma compartilhada entre todos os municípios que envolvem a capital e região metropolitana, além de ampliar e diversificar sua composição²¹.

Para se pensar em CIES, primeiro precisamos ter claro o que é Educação Permanente (EP), que é a base de orientação e articulação das Comissões. Segundo política do Ministério, EP é aprendizagem no trabalho, a partir da problematização do processo de trabalho, cujo objetivo é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde²².

Alguns princípios da Educação Permanente:

- Educação no trabalho, transformação dos processos de trabalho (vinculada ao trabalho);
- Descentralizadora, transdisciplinar, ascendente;
- Multiprofissional (equipes);
- Problemas equacionados em situação;
- Transformação de práticas (atenção, gestão, controle social, formação – não somente uma atualização de conhecimentos específicos);
- Contínua (não é pontual);
- Aprendizagem significativa;
- Constituição de práticas profissionais éticas, críticas e humanísticas.

Para execução da EP é preciso sempre respeitar os diferentes atores existentes neste processo, e estes atores fazem parte do “Quadrilátero da EPS” composto de gestão, atenção, formação e controle social.

A regulamentação da política está na Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e altera a portaria anterior (198/04), instituindo as CIES em nível Estadual e Regional.

Características das diretrizes da Política:

- Ênfase na descentralização do processo de aprovação da política, assim como na execução e principalmente no financiamento desta política;
- Institucionalização da política, uma vez que fortalece as instâncias gestoras e de controle social;
- Empoderamento dos atores locais de forma a garantir a gestão participativa das decisões e ações da educação na saúde;
- Maior foco nas reais questões locais e regionais, guardando suas especificidades e necessidades regionais;
- Fortalecimento do papel da instância estadual de gestão e acompanhamento da política;

- Recoloca a questão de que as demandas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS não sejam definidas somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização e da capacidade de oferta e *expertise* de uma instituição de ensino, mas, prioritariamente, a partir dos problemas cotidianos referentes à atenção, à saúde e à organização do trabalho.

Assim como a CIES, outros atores surgem de maneira um pouco diferenciada a partir da portaria GM/MS 1.996/07. Um destes atores é o COGERE (Conselho de Gestores Regionais), cuja função está assim definida na portaria:

Art. 2º A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

- *§ 1º Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão [...], elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde.*

- *§ 2º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH – SUS²¹.*

A Educação Permanente em Saúde está relacionada à concepção de integralidade, que é analisada em três eixos de sentidos: o primeiro aplicado às características das políticas de saúde no sentido de articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; o segundo ligado à apreensão ampliada e contextualizada das necessidades de saúde e o terceiro ao modo de organização dos serviços de saúde, que busca a articulação dos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde, a interdisciplinaridade, a multiprofissionalidade e a intersetorialidade²³.

Embora o trabalho em saúde tenda a ser individualizado e fragmentado, desde a década de 1970 preconiza-se o trabalho em equipe, que configura uma alternativa de recomposição dos trabalhos especializados na direção da integralidade. Entende-se que as equipes são construídas no transcorrer do processo coletivo de trabalho e têm uma plasticidade, podendo variar sua composição, duração e dinâmica de trabalho em função de maior eficácia e efetividade dos cuidados e da qualidade da prestação de serviço²⁴.

No campo da saúde o 'trabalho em equipe' emerge em um contexto formado por três vertentes:

1) A noção integração, que constitui um conceito estratégico do movimento da medicina preventiva nos anos 50, da medicina comunitária nos anos 60 e dos programas de extensão de cobertura implantados no Brasil nos anos 70; 2) As mudanças da abordagem de saúde e de doença que transitam entre as concepções da unicausalidade e da multicausalidade; 3) As conseqüentes alterações nos processos de trabalho com base na busca de ampliação dos objetos de intervenção, redefinição da finalidade do trabalho e introdução de novos instrumentos e tecnologias²⁵.

Apresenta-se um conceito e uma tipologia de trabalho em equipe, bem como os critérios de reconhecimento dos tipos de equipe. O conceito e a tipologia foram elaborados com base na literatura sobre o tema e em uma pesquisa empírica sobre trabalho multiprofissional em saúde, fundamentada teoricamente nos estudos do processo de trabalho em saúde e na teoria do agir comunicativo.

Segundo essa formulação teórica, o trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. A tipologia proposta refere-se a duas modalidades de equipe: equipe integração e equipe agrupamento, e os critérios de reconhecimento dos tipos de equipe dizem respeito a comunicação entre os agentes do trabalho; diferenças técnicas e desigual valoração social dos trabalhos especializados; formulação de um projeto assistencial comum;

especificidade de cada área profissional; e flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica²⁵.

Esta revisão da literatura nos leva a refletir sobre uma educação em serviço que possa integrar as pessoas e as ações para um cuidado com qualidade, efetividade e visibilidade.

1.1 Comunicação Interpessoal e Educação Permanente em Saúde

A educação permanente é a articulação entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades do trabalho, quando o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das pessoas e das organizações de saúde. Essa estratégia, além de possibilitar a atualização técnica dos profissionais da saúde, permite a reflexão e a análise crítica dos processos de trabalho e dos processos de formação, facilitando a identificação de problemas e a elaboração de estratégias para a superação dos mesmos²³.

Comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde.

Buscar soluções a partir dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho, considerando as experiências e as vivências de cada um, permite promover transformações na prática profissional, na própria organização do trabalho e nas práticas de ensino²³.

Na área de saúde, é fundamental saber lidar com pessoas. A todo momento, pelos corredores dos hospitais, nos ambulatórios, salas de emergência e leitos de pacientes, surgem conflitos originados de uma atitude não compreendida ou mesmo de uma reação inesperada²⁶.

Assim, não se pode pensar em ação profissional sem levar em conta a importância do processo comunicativo nela inserido. A escrita, a fala, as expressões

faciais, a audição e o tato são formas de comunicação amplamente utilizadas, conscientemente ou não²⁶.

A tarefa do profissional de saúde é decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, para só então estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as suas necessidades²⁶.

No dia a dia, o profissional enfermeiro utiliza a comunicação para o desempenho de suas diversas atividades. Dentre estas, a sua função como educador e prestador de cuidados, bem como, ser um articulador entre a equipe multiprofissional e os diferentes serviços de cuidado indireto, exige do enfermeiro um maior domínio da habilidade de comunicar-se.

Sabe-se que a comunicação em saúde não é somente uma estratégia para prover indivíduos e coletividade de informações, pois se reconhece que a informação não é suficiente para favorecer mudanças, mas sim um processo para compartilhar conhecimentos e práticas que podem contribuir para a conquista de melhores condições de vida.

Não há como separar o emocional do fisiológico quando o assunto é o ser humano. Por sermos humanos não deixamos de sentir, de ficar preocupados com o que é aceito e com o que é esperado culturalmente, socialmente, quando estamos doentes, portanto, como profissionais não podemos considerar apenas o fisiológico do paciente²⁶.

Em nossa experiência percebemos que a transformação do indivíduo em paciente inclui a vivência de uma série de separações marcadas, frequentemente, por experiências de fragmentação e perda de autonomia sobre o próprio corpo.

A recuperação do paciente depende muito de como ele é aceito e tratado pela equipe de profissionais, muitas vezes ele prefere esperar mais para ser atendido e medicado, pois tem afinidade com os profissionais e sabe que será bem acolhido. Por isso, há necessidade de desenvolver com eles um comportamento empático, resgatando a confiança muitas vezes perdida.

O enfermeiro em particular, não tem como hábito validar a comunicação com seus colegas de trabalho. Há pessoas competentes nos procedimentos técnico-científicos, mas com dificuldade de interagir e comunicar os seus propósitos²⁶.

As finalidades básicas da comunicação são entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e a realidade. A comunicação é, antes de qualquer coisa, um ato criativo. A comunicação verbal refere-se às palavras expressas por meio da fala ou escrita, já a comunicação não-verbal não está associada às palavras e ocorrem por meio de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal etc²⁶.

A comunicação também ocorre de forma Ascendente (subordinado- diretoria) e Descendente (diretoria-subordinado), sendo fundamental a diretoria receber as informações de cada área de trabalho, para verificar o alcance dos objetivos propostos e avaliar as estratégias utilizadas²⁴. Os funcionários devem tomar ciência das decisões e saber que cada um é elemento fundamental para o alcance das metas.

O processo de comunicação deve ser ético, transparente, atento aos valores, opiniões, tradições, culturas e crenças das comunidades, respeitando e considerando e reconhecendo as diferenças, baseando-se na apresentação e avaliação de informações educativas, interessantes, atrativas e compreensíveis.

Há três necessidades interpessoais presentes em qualquer elemento de um grupo²⁶.

- 1- Necessidade de inclusão – de se sentir aceito, integrado, valorizado por aqueles aos quais se junta;
- 2- Necessidade de controle – de se sentir responsável pelo que constitui o grupo, porém assumindo a sua parte da responsabilidade;
- 3- Necessidade de afeição – o desejo “secreto” de ser insubstituível, de ser aceito pelo que é, não só pelo que se tem.

A comunicação amistosa e a integralidade em saúde, por extensão ao direito a saúde, requerem a compreensão das muitas esferas e dimensões que interligam esses dois campos, portanto, utilizar as técnicas de comunicação pessoal na relação com o paciente é uma forma de desenvolver com consciência o trabalho do enfermeiro.

1.2 Educação Permanente em saúde como Educação Problematicadora

A educação permanente é aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Essa capacitação deve ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturada a partir da problematização do processo de trabalho²⁷.

A educação problematicadora trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas, apoiadas nos processos de aprendizagem por descoberta, em que os conteúdos são oferecidos ao aluno sob forma de problemas e não prontos, sendo seu eixo básico a relação ação-reflexão-ação transformadora²⁷.

Assim, a EPS visa identificar lacunas de conhecimento e as atitudes que farão parte da estrutura explicativa dos problemas identificados no cotidiano dos serviços. Portanto, a EPS se insere na gestão do processo de trabalho.

Paulo Freire inicia sua reflexão sobre a educação, ressaltando que o homem, por ser finito, limitado e inconcluso, vive ininterruptamente em busca e em processo²⁷.

Refere, ainda, que a educação é um processo dialogal, em que ninguém educa ninguém, uma vez que o processo educativo se estabelece pelo diálogo e a relação entre educador e educando acontece de forma a não haver um elemento mais importante que o outro²⁷.

A educação é entendida como o processo de encontrar dentro da pessoa o que nela já existe, ou expor o que está dentro dela.

A educação crítica é uma forma de intervenção no mundo, pois como são necessários momentos para a construção do conhecimento, nas condições de verdadeira aprendizagem, os educandos vão se transformando em reais sujeitos da

construção e da reconstrução do saber, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo²⁸.

O modelo da Escola Tradicional está centrado no professor e no domínio de conteúdos acumulados pela humanidade. Ao aluno cabe assimilar os conhecimentos que lhes são transmitidos. O processo ensino aprendizagem é todo explicitado, estruturado em normas, regras e hierarquias. O eixo da gestão pedagógica está centrado no intelecto, valorizando o esforço pessoal, a disciplina, o professor, o conhecimento e a meritocracia²⁷.

Este modelo pedagógico (Escola Tradicional) influencia nossa educação até os dias de hoje: deixa marcadas as relações de poder, o processo de reflexão fica dificultado e as atividades educativas continuam organizadas por conteúdos.

No entanto, contrapondo-se à metodologia da escola tradicional, outros modelos pedagógicos surgem como a pedagogia nova, que teve suas origens no final do século XIX, transferindo o centro do processo educativo para a existência do estudante, considerando o adulto como um ser inacabado, em permanente processo de construção²⁷.

1.3 Pedagogias Tecnicistas

A pedagogia tecnicista surge no século XX, após a derrota americana frente à tecnologia espacial dos russos. O objetivo é orientado pelo princípio da eficiência, produtividade e racionalização, com intuito de formar um homem eficiente e competente. A organização se dá em processos burocráticos, permeados de tecnologias, planos de ensino operacionais e especializações de inúmeras funções.

Percebendo a necessidade em compreender a educação a partir dos condicionantes sociais, surgem em nosso país as pedagogias que irão criticar o modelo proposto²⁸.

As três pedagogias propostas são:

- **Pedagogia Libertadora** tem um caráter essencialmente político, pois postula que todo conteúdo deve emergir do saber popular e daí partir para maior

aprofundamento. Os conteúdos de ensino são denominados temas geradores e extraídos da problematização concreta da realidade de vida dos educandos. O método privilegiado é a relação de autêntico diálogo, através de grupos de discussão que recebem a denominação de círculo de cultura e cujo princípio básico é a afirmação de que o “educador educa o educando e o educando educa o educador”²⁷.

- **Pedagogia Libertária** surge como crítica ao modelo burocrático, tem seu ponto de partida no coletivismo e não no individualismo. Materiais e conteúdos não são exigidos, mas colocados à disposição do grupo que desenvolve sua autogestão. Como método de ensino, prioriza a vivência grupal. Os passos do processo de autonomia do grupo incluem relacionamento humano visando à integração dos componentes, organização do grupo, afastamento dos componentes do grupo que não se adaptarem, e execução do trabalho²⁷.

- **Pedagogia Progressista** está empenhada em fazer com que a escola funcione bem. Está interessada em métodos de ensino eficazes, que se situarão para além dos métodos tradicionais e novos, que estimulem a atividade dos alunos, sem abrir mão da iniciativa do professor. Enfatiza o diálogo dos alunos entre si e com o professor, mas sem deixar de valorizar o diálogo com a cultura historicamente acumulada²⁷.

Diante da reflexão sobre novas propostas no processo de ensino, uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil é tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho¹⁷. De acordo com a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS), a qualidade de atenção à saúde está relacionada com a formação de pessoal específico, que disponha do domínio tanto de tecnologia para a atenção individual de saúde, quanto para a saúde coletiva¹⁴.

No setor de saúde, particularmente nos hospitais, verificam-se poucas políticas efetivas de valorização e de desenvolvimento de seus colaboradores, talvez reforçando ainda a crença de que as pessoas podem ser facilmente substituídas e que a qualidade se faz pelo aparato físico e tecnológico. Tal realidade choca-se com

os princípios de acolhimento e hospitalidade, que encontram sustentabilidade não na mera atuação à beira do leito, mas em um efetivo programa de gestão de pessoas. O desenvolvimento das pessoas é apoio essencial ao processo de mudança e, particularmente nas organizações de saúde, ocupa uma posição estratégica. É na flexibilização das relações de poder, no compartilhamento de planos e decisões, no desenvolvimento contínuo e nos investimentos no capital intelectual que se conseguirá a sensibilização do colaborador²⁹.

O modelo de gestão de sistema de saúde atual encontra-se numa fase de transformação, sendo valorizada a contribuição dos enfermeiros para implantar, manter e desenvolver políticas de saúde para o adequado funcionamento do Sistema Único de Saúde³⁰.

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população³¹.

No conceito de integralidade, as pessoas são encaradas como sujeitos. A atenção deve ser totalizadora e levando em conta as dimensões biológica, psicológica e social. Este modo de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística, integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes físico, psicológico ou social, considerados separadamente³².

A garantia do princípio da integralidade, em suma, implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os usuários. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Esse princípio, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos³².

Torna-se, assim, crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construção do cotidiano por eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional¹⁷.

A educação permanente em saúde proporciona a construção de novas ações e sentidos para as práticas, em cada local. É uma proposta aberta que parte do

pressuposto da aprendizagem significativa, ou seja, aquela aprendizagem motivada pelo desejo do profissional em apropriar-se de novos saberes e prática¹.

Acredita-se que o educador deve compartilhar os conteúdos, fazendo uma análise com a realidade concreta. Deve fazer isso com a ajuda do educando, superando seu saber anterior de pura experiência, por um saber mais crítico e menos ingênuo. Ninguém nasce feito, nos fazemos aos poucos, na prática social de que fazemos parte²⁸.

É no campo da saúde coletiva que se trabalham as idéias herdadas da reforma sanitária, cabendo aos intelectuais e militantes desse campo a formulação de proposições que ajudem o SUS a se aproximar de seus princípios, num jogo complexo, em que existe uma tensão permanente entre saúde como direito do cidadão e saúde como mercadoria³³.

O cuidar/cuidado não é uma tarefa nem uma relação fácil, ao contrário, é um contínuo desafio que abrange o diálogo conscientizado, a negociação, a aprendizagem e o ensino. São estes quesitos que trarão novas perspectivas para a preservação da vida e que poderão favorecer o processo de comunicação em saúde³⁴.

A EPS pressupõe, então, um projeto pedagógico problematizador e, portanto, pautado na aprendizagem significativa, ou seja, a aprendizagem com significado, promovida e produzida com sentido.

Diante do exposto, realizo este estudo com a finalidade de compreender o significado e a prática da Educação Permanente em Saúde para Enfermeiros que vivenciam a Urgência e Emergência no cotidiano do trabalho.

2 OBJETIVO

Conhecer o significado e a prática da Educação Permanente em Saúde para enfermeiros de unidades de urgência e emergência de um município do Estado de São Paulo.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Este foi um estudo descritivo com abordagem qualitativa, no qual se pretendeu compreender o fenômeno de acordo com o ponto de vista do sujeito.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Embora já tenham sido usadas para estudos de aglomerados de grandes dimensões, as abordagens qualitativas conformam melhor as investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica de atores, de relações e para análises de discursos e de documentos³⁵.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e se ocupa nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, dos valores e das atitudes. Este conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

O universo da produção humana, que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa, dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos³⁶.

Esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias³⁷.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em duas Unidades de Urgência e Emergência de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, uma localizada no centro e a outra na periferia da cidade. A primeira conta com quatorze enfermeiros, que atendem o pronto socorro adulto e infantil. A unidade de atendimento adulto possui dezenove leitos, sendo nove leitos de enfermaria, quatro destinados a pacientes críticos, um leito para isolamento e cinco leitos para pacientes em observação. A unidade infantil possui treze leitos distribuídos para crianças de 0 (zero) a 11 (onze) anos e 11 (onze) meses, com um leito para isolamento e os demais leitos de enfermaria. É uma unidade de referência para atendimento de pacientes psiquiátricos que necessitam de internação. As duas unidades possuem sala de emergência, sutura, acolhimento, aplicação de medicação e inalação.

A unidade da periferia tem nove enfermeiros, possui leitos para estabilização e duas enfermarias com seis leitos cada, para atender os pacientes, além da sala de emergência, acolhimento, sutura, aplicação de medicação e acolhimento.

3.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram enfermeiros que atuam em unidades de urgência e emergência de dois Prontos Socorros Públicos Municipais, sendo um na região central e outro na periferia do município.

Utilizamos como critérios de inclusão enfermeiros que estiverem ativos no momento da coleta de dados e que atuem no cuidado ao paciente como coordenadores da equipe de enfermagem, que consentiram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os que estavam em licença trabalhista ou férias e/ou os que não consentiram em participar do estudo.

A participação neste estudo foi voluntária. Sendo assim, três enfermeiros não demonstraram interesse em participar, mesmo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e conhecimento da pesquisa.

O tempo médio de experiência dos enfermeiros nas Unidades de Urgência e Emergência foi de 10 anos e meio de serviço.

No que se refere à qualificação profissional, 9 enfermeiros possuem especialização na área de Urgência e Emergência, 5 possuem especialização em outras áreas da enfermagem e dois não possuem especialização.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi autorizada pelo Comitê de Ética, OF. 069/2010-CEP, e aos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em atenção às diretrizes e critérios éticos³⁵. Essa coleta foi realizada através de um questionário composto por seis perguntas abertas, o qual possibilitou aos depoentes falarem de suas vivências na Educação Permanente, reações frente ao trabalho realizado, fatores e/ou situações que influenciaram o desempenho de suas atividades e, por último, as sugestões.

O instrumento foi aplicado depois, ou antes, do horário de trabalho, individualmente e em ambiente privativo e com tempo de trinta minutos para serem respondidas as perguntas.

A coleta dos dados foi realizada no período de maio a julho de 2010.

Os enfermeiros foram entrevistados em lugar privativo, antes ou após o horário de serviço. A entrevistadora se apresentou como aluna do curso de pós-

graduação em Enfermagem da FMB-UNESP/ Botucatu, explicando a importância da participação na pesquisa

3.5 Tratamento de dados

O material trabalhado foi fundamentado nos diálogos desenvolvidos por meio de entrevistas, e partindo da premissa de que tudo o que é dito ou escrito é passível de ser submetido a análise de conteúdo. Foi escolhida, dentre as técnicas propostas, a análise temática para instrumentalizar e operacionalizar a análise de conteúdo das entrevistas concedidas pelos sujeitos participantes deste estudo.

A pesquisa qualitativa surgiu no século XIX sob um contexto de ideias que sinalizavam a busca pela compreensão do próprio homem, reservadas, até então, à filosofia³⁸.

A utilização da pesquisa qualitativa foi primeiramente empreendida por antropólogos, sociólogos e educadores, posteriormente ampliada para a psicanálise e hoje é utilizada por múltiplos profissionais da área da saúde, com o objetivo de expandir a compreensão sobre o homem, a fim de aplicar esta compreensão nas práticas em saúde a ele destinadas³⁸.

A pesquisa qualitativa exige uma interação verdadeira pesquisador e sujeito da pesquisa que venha a se desenvolver em um campo limitado a ser valorizado enquanto possibilidade espacial para que o pesquisador possa recolher as informações por intermédio de discursos provindos dos sujeitos eleitos³⁹.

A análise dos resultados das entrevistas foi realizada segundo a proposta de Análise de Conteúdo de Bardin⁴⁰, que define a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens⁴⁰.

O fundamento da especificidade da análise de conteúdo reside na articulação entre a superfície dos textos, descrita e analisada (pelo menos alguns elementos

característicos) e os fatores que determinam essas características, deduzidos logicamente⁴⁰.

A análise de conteúdo trabalha as palavras e suas significações, procurando conhecer o que está por trás das palavras analisadas⁴⁰.

A técnica é constituída por três fases: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial.

A pré-análise é a fase de organização do material e a sistematização de ideias iniciais em um plano de análise. Nessa fase, faz-se a transcrição das entrevistas na íntegra e uma leitura flutuante dos textos, tomando contato exaustivo com o material. Além da leitura flutuante, o pesquisador faz a escolha dos documentos, ou seja, procede a demarcação do universo de documentos sobre os quais se procederá à análise.

Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Ainda nessa fase, podem-se formular hipóteses e objetivos, não sendo obrigatório o estabelecimento de hipóteses como guia⁴⁰.

A seguir, na fase de descrição analítica, são feitos o recorte e a escolha das unidades de registro, elegendo-as e codificando-as mediante a convergência com o fenômeno. Como último procedimento da pré-análise, recomenda-se a preparação do material no sentido de reuni-lo, no caso de entrevistas gravadas. Estas devem ser transcritas na íntegra, facilitando a manipulação para análise. Dessa forma, classificamos as unidades temáticas sob um título genérico com base em um grupo de elementos, em um processo chamado categorização⁴⁰.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, nas quais reúnem um grupo de elementos (unidades ou registros, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento este efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos⁴⁰.

Esse procedimento é uma tentativa de se caminhar na objetivação durante a análise. Para que se tenha uma categorização, é importante que as categorias sejam homogêneas. Em outras palavras, cada categoria deve ser obtida a partir dos mesmos princípios utilizados para toda a categorização⁴⁰.

Os critérios para categorização podem ser: semântico ou temático, quando agrupados todos os temas com o mesmo significado; léxico, que corresponde à classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos e dos sentidos próximos; sintático, que agrupa verbos e adjetivos; e expressivo, que são as categorias que classificam as diversas perturbações da fala. Classificar elementos em categorias impõe à pesquisa o que cada um deles tem em comum com outro. O que vai permitir o agrupamento é a parte comum existente entre eles.

A categorização é a simplificação dos dados brutos, é um processo de estruturação dividido entre inventário (isolamento dos elementos) e classificação (repartição dos elementos, impondo uma organização das mensagens) que propicia a passagem dos dados brutos para dados organizados.

A palavra categoria, em geral, refere-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada à ideia de classe ou série. As categorias são empregadas para estabelecer classificações, e trabalhar com categorias significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.

Um conjunto de categorias deve possuir as seguintes qualidades:

- Exclusão mútua: cada elemento não pode existir em mais de uma categoria;
- Homogeneidade: o princípio de exclusão mútua depende da homogeneidade das categorias (um único princípio de classificação deve governar a sua organização);

- Pertinência: categoria está adaptada ao material de análise escolhido e pertence ao quadro teórico definido. O sistema de categorias deve refletir as intenções da pesquisa, as questões do pesquisador e/ou corresponder às características da mensagem;
- Objetividade e fidelidade: as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma categoria, devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises;
- Produtividade: um conjunto de categorias é produtivo se fornecer resultados bons em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos.

Portanto, a análise de conteúdo é mencionada como um conjunto de técnicas, indicando que há várias maneiras para analisar conteúdos de materiais de pesquisa, sendo uma delas a análise temática²⁹.

Na análise temática, como o próprio nome indica, o conceito central é o tema. Este comporta um feixe de relações e pode ser representado por uma palavra, frase ou resumo²⁸. De acordo com Bardin⁴⁰.

O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. Consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido⁴⁰.

O tratamento dos resultados obtidos e interpretação é a fase em que os dados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. O analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então, propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas⁴⁰.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir, passamos a apresentar os resultados deste estudo.

4.1 Caracterização dos entrevistados

Quanto ao sexo dos dezesseis entrevistados, treze são do sexo feminino e três do sexo masculino.

O tempo médio de formado dos enfermeiros participantes do estudo foi de 16,5 anos.

Sobre o tempo médio que os enfermeiros trabalham nas unidades de urgência e emergência é de 11,7 anos.

No que se refere à qualificação profissional, 9 enfermeiros possuem especialização na área de Urgência e Emergência, 5 possuem especialização em outras áreas da enfermagem e dois não possuem especialização.

4.2 Análise Categorial Temática

As categorias temáticas que emergiram a partir das entrevistas com os Enfermeiros entrevistados foram:

A- Categorização quanto ao significado da EPS para enfermeiros de unidades de urgência e emergência:

- 1- Programa de ensino permanente e progressivo que qualifica, estimula e ajuda os profissionais na resolução dos problemas do dia a dia;
- 2- Ações estratégicas de saúde que promovem transformações individuais e institucionais.

B- Categorização quanto à prática da EPS em unidades de urgência e emergência:

- 1- Treinamentos e cursos de diversos temas, porém, não atendem as expectativas dos envolvidos;
- 2-Capacitações e treinamentos restritos para os cargos de chefia e diretoria;
- 3- Falta de estrutura organizacional para a prática de EPS

A - Categorização quanto ao significado da EPS para enfermeiros de unidades de urgência e emergência:

Categoria 1 - Programa de ensino permanente e progressivo que qualifica, estimula e ajuda os profissionais na resolução dos problemas do dia a dia.

Quando os entrevistados foram solicitados a apresentar a compreensão sobre Educação Permanente em Saúde (EPS), manifestaram-se com as seguintes falas:

"Programa de ensino permanente progressivo e obrigatório a todos profissionais de saúde...". (E16)

"É uma prática dentro do SUS que procura qualificar , estimular e ajudar os profissionais a resolverem seus problemas com mais facilidade".(E15)

"A EPS é uma ação estratégica em saúde com objetivo de qualificar e transformar os recursos humanos em saúde... essa transformação não é individual, mas também institucional". (E9)

"São ações realizadas durante as rotinas diárias para resolver problemas novos, situações novas, com excelência profissional e com espírito/colaboração em equipe". (E1)

"É um treinamento supervisionado e constante". (E2)

"Atualização em normas técnicas".(E7)

Percebe-se que os entrevistados compreendem a importância de projetos coletivos e transformações advindas das práticas cotidianas, porém há lacunas neste conhecimento, quando evidenciam a preocupação com situações pontuais, como, por exemplo, a solicitação para atualizar normas técnicas.

A educação permanente em saúde proporciona a construção de novas ações e sentidos para as práticas, em cada local. É uma aprendizagem significativa, uma aprendizagem motivada pelo desejo do profissional em apropriar-se de novos saberes e práticas.

É um processo que permite incorporar tecnologias e referenciais necessários, para implementar discussões, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho, promovendo mudanças institucionais e multiplicadores de informações.

A lógica da educação permanente é descentralizadora ascendente e transdisciplinar, proporcionando a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade da docência e do enfrentamento das situações de saúde⁶.

A Educação Permanente em Saúde possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na saúde e o desenvolvimento das instituições, além disso, reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social¹.

Todas as fases educativas implicadas na formação de uma equipe multiprofissional de saúde, seja em regime escolar ou não, são permeadas atualmente pelo discurso da reorganização dos modelos de atenção e das práticas de saúde, sobretudo no âmbito das políticas que configuram o Sistema único de Saúde (SUS) dos brasileiros⁴¹.

Ao longo da história, o ser humano constrói sua vida e se insere no mundo por meio do trabalho. Contudo, atualmente, o trabalho vem sendo repensado de forma mais abrangente, na qual o ser humano não trabalha só para dar conta da produtividade e de sua subsistência, mas também para se realizar pessoal e profissionalmente. A utilização de práticas educativas no trabalho, vivenciadas de acordo com modelos pedagógicos que valorizam a subjetividade do ser humano e a

problematização, contribuem para a transformação da realidade do cuidado do trabalhador e trabalhadora da saúde⁴².

Em uma educação problematizadora, não se transfere, mas se compartilha experiências, se constrói seres críticos conseguidos através do diálogo com o educador, crítico também. O mundo agora é visto com uma nova margem, já não é algo que se fala com falsas palavras, mas o mediatizador dos sujeitos da educação de que resulte a sua humanização⁴³.

Categoria 2 - Ações estratégicas de saúde que promovem transformações individuais e institucionais.

Quando os profissionais foram indagados sobre ações que podem ser implementadas numa EPS, emergiram as seguintes:

"Entendo que a unidade precisa realizar cursos de reciclagem periódicos, organizados pela instituição". (E3)

"Oportunizar aos profissionais a colocação dos problemas para serem discutidos coletivamente com os demais profissionais. Proporcionar capacitação na área pertinente para que se tornem mais especializados e questionadores diante dos problemas". (E10)

"Estimulo, basicamente, para que os enfermeiros possam querer se especializar, porém com ajuda da instituição, para que depois cada um tenha conhecimento suficiente para realizar essa educação com segurança" (E16)

"Motivação e inclusão de todos os profissionais..." (E8)

"É uma educação que possa vir ao encontro de nossos interesses profissionais, que acrescente algo para a realização de nosso trabalho, evitando nessa formação o estresse cotidiano que sofremos". (E6)

"Através de informes e treinamentos". (E7)

Os entrevistados demonstram a necessidade de oportunizar e motivar todos os profissionais a buscarem especializações e novos conhecimentos em sua área de atuação, tornando essas ações coletivas e institucionalizadas.

A intenção dos entrevistados vai ao encontro da proposta do Ministério da Saúde em que a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde².

Segundo a pedagogia da Escola Libertadora, educar é uma atividade em que professores e alunos, frente a uma determinada realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo de aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa mesma realidade a fim de nela atuarem num sentido de transformação social⁴⁴.

O desenvolvimento de recursos tecnológicos se faz necessário para operacionalizar o trabalho da equipe, para construir o cotidiano, como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Os avanços tecnológicos e as mudanças socioeconômicas têm exigido das instituições que estas alcancem suas metas e objetivos, que invistam na atualização dos conhecimentos de seu pessoal e, como estratégia, estas instituições têm realizado a educação do funcionário no seu local de trabalho⁴⁵.

A Educação Permanente em Saúde possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na saúde e o desenvolvimento das instituições, além disso, reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social. Inclui todas as bases educacionais que aumentem a base de conhecimentos e habilidades do indivíduo, desde uma visita informal a um centro de excelência até o estudo formal exigido para a obtenção de um grau acadêmico¹.

Além disso, a EPS tem objetivo imediato, de curto prazo, tornar o funcionário apto a uma atividade ou desenvolver uma habilidade específica, tem como finalidade adaptar o trabalhador ao desenvolvimento de determinada função ou cargo⁴⁶.

A importância do treinamento e desenvolvimento de pessoal se deve, também, ao fato de que através dessa ação é possível alcançar uma maior

autorrealização e satisfação dos funcionários no trabalho, além de uma mudança de comportamento e diminuição nos conflitos entre os trabalhadores, o que contribui para uma maior produtividade e o alcance dos objetivos institucionais⁴⁶.

É necessário resgatar o papel do ser humano na organização, a fim de torná-lo competente para atuar em suas atividades como colaborador. É com este cenário que as organizações devem ter a visão de que o Capital Humano será seu grande diferencial⁴⁷.

A finalidade principal de toda organização é conseguir a maior eficácia possível no conjunto de operações que compõem a atividade daquela instituição. Para isso, é preciso que a direção defina as funções, obrigações e responsabilidades dos diversos cargos e níveis hierárquicos, tratando de evitar lacunas e superposições. Um dos grandes desafios nas organizações do futuro é saber usar o conhecimento de cada um, saber somá-lo e saber criar um ambiente de sinergia para alavancar os negócios⁴⁸.

A experiência da formação deve ser permanente e, na verdadeira aprendizagem, os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber, ensinando ao lado do educador, igualmente sujeito do processo⁴⁹.

Portanto, as organizações dependem diretamente das pessoas para produzir seus bens e serviços, servir bem seus clientes, competir no mercado a fim de atingir seus objetivos globais e estratégicos como: produtividade, crescimento sustentado, lucratividade, redução de custo, qualidade nos produtos e serviços, e imagens. A sua principal missão é desenvolver o potencial humano, seus conhecimentos, suas habilidades, com autodisciplina decorrente da autonomia e da responsabilidade⁵⁰.

Hoje vivemos na sociedade do conhecimento, na qual o talento humano e suas capacidades são vistos como fatores competitivos no mercado de trabalho globalizado. Porém, esse talento e essa capacidade devem ser vistos com outros olhos, olhos de colaboradores e não de concorrentes. Necessitamos, assim, resgatar o papel do ser humano na organização, a fim de torná-los competentes para atuar em suas atividades como colaboradores. É com este cenário que as

organizações devem ter a visão de que o Capital Humano será seu grande diferencial⁴⁷.

B- Categorização quanto à prática da EPS em unidades de urgência e emergência:

Categoria 1 - Treinamentos e cursos de diversos temas, porém, não atendem as expectativas dos envolvidos.

Esta categoria emergiu a partir dos seguintes discursos:

“Cursos de reciclagem com diversos temas, que muitas vezes não atende as nossas expectativas, então se tornam maçantes e sem graça, porém temos que participar” (E3)

“Com treinamentos e cursos, ministrados sempre pelos mesmos profissionais que, muitas vezes, não tem preparo técnico para isso”. (E4)

“Através de informes e treinamentos”. (E7)

“Atualizações de alguns setores da secretaria de saúde que, eventualmente se lembram dos profissionais e convidam...” (E8)

“Raras convocações, nada empolgantes ou que gere interesse, pois os cursos são direcionados ao SAMU e não ao pré-hospitalar fixo e nossos problemas”. (E15)

“Através de Cursos, Palestras e Treinamentos oferecidas ao SAMU e incluindo o PSM para aproveitar.” (E6)

A realidade que se apresenta nos discursos dos enfermeiros encontra consonância com a literatura quando os cursos que são apresentados na prática cotidiana não condizem com as expectativas dos profissionais de urgência e emergência.

Assim, nos cursos de atualização trata-se de “como deveria ser”, ou seja, o conhecimento científico acumulado e atualizado, não se leva em consideração a

experiência cotidiana e as situações vivenciadas no trabalho como aprendizagem permanente³⁷.

A educação permanente se configura como uma estratégia para a aprendizagem coletiva a partir das práticas e dos problemas do trabalho, oportunizando o diálogo e a cooperação entre os profissionais, serviços, gestão, atenção, formação e controle social, potencializando o enfrentamento e a resolução com qualidade¹.

No setor de saúde, particularmente nos hospitais, verificam-se poucas políticas efetivas de valorização e de desenvolvimento de seus colaboradores, talvez reforçando ainda a crença de que as pessoas podem ser facilmente substituídas e que a qualidade se faz pelo aparato físico e tecnológico²⁹.

Assim sendo, a estratégia de capacitação para os serviços de saúde reforça a fragmentação do cuidado das equipes e do processo de trabalho, na medida em que se centra no desempenho de cada categoria profissional em suas funções determinadas social e tecnicamente pela divisão do trabalho⁴⁷.

A educação do trabalhador no serviço deve ser um processo que:

- Propicie novos conhecimentos;
- Capacite para a execução adequada do trabalho;
- Prepare para futuras oportunidades de ascensão profissional, contribuindo para o crescimento profissional e pessoal.

Os avanços tecnológicos e as mudanças socioeconômicas têm exigido das instituições, para que estas alcancem suas metas e objetivos, que invistam na atualização dos conhecimentos de seu pessoal e, como estratégia, estas empresas têm realizado a educação do funcionário no seu local de trabalho⁴⁵.

Uma das condições para a aprendizagem significativa é que o aprendiz apresente uma predisposição para o aprender, ou seja, o evento educativo é acompanhado de uma experiência afetiva⁴⁵.

A importância do treinamento e desenvolvimento de pessoal se deve também ao fato de que através dessa ação é possível alcançar uma maior autorrealização e satisfação dos funcionários no trabalho, além de uma mudança de comportamento e

diminuição nos conflitos entre os trabalhadores, o que contribui para uma maior produtividade e o alcance dos objetivos institucionais⁴⁵.

Uma comunicação inadequada, ou que não atenda as necessidades dos indivíduos pode gerar distorções e interferências pessoais dos multiplicadores, que tendem a generalizar sua apreciação sobre os assuntos discutidos, e muitas vezes, passam sua impressão pessoal do assunto, interferindo na compreensão da equipe.

O diálogo é também uma exigência existencial, porém precisa ser transformado e humanizado para não reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de ideias a serem consumidas pelos permutantes⁴³.

O enfermeiro em particular, não tem como hábito validar a comunicação com seus colegas de trabalho. Há pessoas competentes nos procedimentos técnico-científicos, mas com dificuldade de interagir e comunicar os seus propósitos²⁶.

Assim, não se pode pensar em ação profissional sem levar em conta a importância do processo comunicativo nela inserido. A escrita, a fala, as expressões faciais, a audição e o tato são formas de comunicação amplamente utilizadas, conscientemente ou não²⁶.

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar⁵.

A experiência revela que as situações de submissões vivenciadas pelo enfermeiro estão associadas a três fatos: falta de união da categoria na defesa de seus direitos, não apropriação de conhecimentos científicos, bem como ao mito de que o enfermeiro mais novo não conseguirá mudar aquilo que o antigo não foi capaz. Para sair dessa condição é preciso que a categoria empreenda um movimento como um corpo coletivo, norteador por ações fundamentadas no conhecimento científico já produzido, e não em opiniões e atitudes isoladas e pessoais, pautadas apenas no senso comum⁵¹.

Categoria 2 - Capacitações e treinamentos restritos para os cargos de chefia e diretoria.

Esta categoria emergiu a partir dos seguintes discursos:

“Aqui temos eventualmente educação continuada e cursos de capacitação que param nas chefias e diretoria”. (E9)

“... Às vezes existem alguns treinamentos onde são convocados os mais chegados da chefia e a maioria nem fica sabendo dos eventos”. (E16)

“... nesta unidade existe um centralismo muito grande por parte da chefia e diretoria”. (E8)

“Através de grupos restritos e que não se atentam para a nossa problemática”. (E11)

Através das falas dos enfermeiros entrevistados percebe-se a falta de estímulo e valorização por parte das chefias que poderiam contribuir para maior aproximação do grupo, além de sua progressão profissional.

Lidar com pessoas tornou-se hoje uma atividade completamente diferente do que se fazia a algum tempo atrás. Hoje, em plena era da informação, as empresas enfrentam um desafio importantíssimo na administração de pessoas e nesse impasse de mudanças e competitividade das empresas é necessária uma nova estrutura organizacional em busca da utilização de meios para conhecimento das pessoas, preparando-as e qualificando-as de acordo com o perfil desejado pela empresa, sendo então devidamente preparadas e motivadas⁵⁰.

Nas condições de verdadeira aprendizagem os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinando, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo. Só assim podemos falar realmente de saber ensinando, em que o objeto ensinado é apreendido na sua razão de ser e, portanto, aprendido pelos educandos⁴⁹.

Portanto, a capacitação deve acontecer antes de se estruturar a equipe e, também, durante o trabalho diário com orientações e acompanhamento da enfermeira da unidade.

A autossuficiência é incompatível com o diálogo. Homens que não possuem humildade ou a perdem, não podem aproximar-se do povo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, significa que lhe falta ainda muito que caminhar para chegar ao lugar do encontro com eles⁴³.

Um educador humanista, revolucionário, deve orientar-se no sentido da humanização de ambos. Do pensar autêntico e não no sentido de doação e da entrega do saber, em que sua ação deve estar fundida da crença nos homens. Isto tudo exige dele um companheiro dos educandos, em suas relações com estes⁴³.

O envolvimento dos trabalhadores com a educação permanente não é responsabilidade exclusiva deles próprios. Ao administrar o serviço, o gestor precisa priorizar e incorporar a qualificação de seus trabalhadores. Do contrário, o que se realiza não pode sequer ser conceituado como processo de educação permanente, pois as ações não estão inseridas na rotina do serviço e tornam-se dispersas, resultando em atividades pontuais e desconectadas do contexto de organização do trabalho¹¹.

Na área da saúde, os trabalhadores devem estar capacitados e informados para que possam acompanhar as transformações do mercado de trabalho. A existência de um serviço de educação permanente enfermagem nas instituições contribui para o desenvolvimento das pessoas e, conseqüentemente, para a qualidade da assistência de enfermagem.

É função da educação formar cidadãos livres e autônomos, sujeitos do processo educacional, professores e alunos identificados com seu novo papel de pesquisadores em um mundo cada vez mais informativo e informatizado. Isso exige transformações radicais no campo da educação; será preciso reavaliar teorias e reinventar estratégias e práticas⁵².

O ser humano utiliza-se da comunicação para gerar mudanças de comportamento, dentro de uma troca de experiências e para ensinar e discutir os mais variados assuntos.

A comunicação é importante para nosso crescimento como seres humanos, faz parte de nossas experiências anteriores e também daquelas adquiridas a cada dia. Somos seres de relações e esta compreensão nos leva a buscar maiores

entendimentos sobre conceitos, princípios e habilidades a serem adquiridas no processo comunicativo⁵².

Essa educação deve ser estendida a todos os profissionais, e não apenas a uma classe restrita que muitas vezes não repassa a toda equipe as informações, tornando o serviço improdutivo e gerando insatisfação aos profissionais envolvidos.

O educador, comprometido com a melhoria da educação e com a formação de profissionais críticos, deve considerar as tecnologias disponíveis para aprimorar os recursos a serem utilizados no ensino, quando assim julgar necessário⁵³.

Um trabalho contínuo de educação dos recursos humanos contribui para a resolução de conflitos, para a mudança de comportamentos, favorecendo que se alcancem os objetivos da instituição. A maioria das recentes argumentações em torno das razões pelas quais as empresas devem mudar envereda pela explicação de que a globalização e o neoliberalismo alteraram os espaços competitivos de empresas e nações, exigindo das organizações um pensamento estratégico empresarial global e umas atuações cada vez mais regionais, pessoais e voltadas para a diferenciação⁵⁰.

O profissional enfermeiro tem assumido cada vez mais funções gerenciais em todos os níveis de atenção a saúde principalmente na coordenação de programas gestados pelos governos federal, estadual e municipal, e no gerenciamento de unidades de saúde, sobretudo nos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema. Esta situação coloca o enfermeiro, na atividade de gerenciamento, frente a frente com uma gama de situações, cuja complexidade oscila entre as mais corriqueiras e as mais complexas, para as quais devem apresentar decisões⁵⁴.

Os avanços tecnológicos e as mudanças socioeconômicas têm exigido das instituições metas e objetivos, que invistam na atualização dos conhecimentos de seu pessoal e, como estratégia estas empresas têm realizado a educação do funcionário no seu local de trabalho⁴⁵.

Categoria 3 - Falta de estrutura organizacional para a prática de EPS

Esta categoria emergiu a partir das seguintes falas:

“Quando possível com muita dificuldade devido a diversos fatores, como por ex. alta demanda, espaço físico precário”. (E14)

(E14) “Aqui temos eventualmente educação continuada e cursos de capacitação que param nas chefias e diretoria”. (E9)

“Raras convocações, nada empolgantes ou que gere interesse, pois os cursos são direcionados ao SAMU e não ao pré-hospitalar fixo e nossos problemas”. (E15)

“Através de Cursos, Palestras e Treinamentos oferecidas ao SAMU e incluindo o PSM para aproveitar.” (E6)

Percebemos nas falas dos sujeitos que há pouca estrutura física, de recursos humanos e organizacional para a realização da EPS conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, pois os cursos que são oferecidos e as ações existentes não atendem as necessidades dos indivíduos, nem do próprio serviço de urgência e emergência.

De acordo com estudiosos desta área, conhecimentos internos informais são aqueles, sistematizados a partir das experiências vivenciadas pelos indivíduos na própria organização⁴⁸.

A finalidade principal de toda organização é conseguir a maior eficácia possível no conjunto de operações que compõem a atividade da empresa. Para isso, é preciso que a direção defina as funções, obrigações e responsabilidades dos diversos cargos e níveis hierárquicos, tratando de evitar lacunas e superposições. Um dos grandes desafios nas organizações do futuro é de saber usar o conhecimento de cada um, saber somá-los e saber criar um ambiente de sinergia para alavancar os negócios⁴⁸.

O mercado de trabalho tem exigido e cobrado das instituições mais ações de responsabilidade social. Com isso, está crescendo a demanda de profissionais

especializados para planejar, coordenar, executar e divulgar projetos sociais principalmente na área de educação⁵⁰.

A Enfermagem vem se desenvolvendo com base em conhecimentos empíricos e teóricos fundamentados em múltiplas atividades profissionais, voltadas para a assistência, o ensino, o gerenciamento e a pesquisa¹.

A maioria das recentes argumentações em torno das razões pelas quais as empresas devem mudar envereda pela explicação de que a globalização e o neoliberalismo alteraram os espaços competitivos de empresas e nações, exigindo das organizações um pensamento estratégico empresarial global e umas atuações cada vez mais regionais, pessoais e voltadas para a diferenciação⁵⁰.

A mudança na formação por si só ajuda, mas essa mudança como política se instaura em mais lugares, todos os do Quadrilátero⁵: ensino, gestão, atenção e controle social, pois todos esses lugares estão conformados em acoplamento de captura da Educação Permanente em Saúde.

Evoluções no sistema, mutações no trabalho e nas profissões, regras de funcionamento e políticas sociais buscando a equidade são elementos indispensáveis para uma análise da tensão vivenciada pela escola dos recursos humanos⁸.

O processo ensino-aprendizagem se desenvolve com base nas trocas entre os sujeitos envolvidos: quem aprende e quem ensina estão intimamente integrados em um processo de partilha de conhecimentos, vivências e sentimentos, pautados pela comunicação entre estes pares. O processo não se faz somente pela transferência de conteúdos técnicos, normas e protocolos. Ele deve levar em conta as experiências vivenciadas pelos indivíduos e sua bagagem profissional e pessoal¹⁰.

Entende-se que as equipes são construídas no transcorrer do processo coletivo de trabalho e têm uma plasticidade, podendo variar sua composição, duração e dinâmica de trabalho em função de maior eficácia e efetividade dos cuidados e da qualidade da prestação de serviço²⁴.

Buscar soluções a partir dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho, considerando as experiências e as vivências de cada um, permite promover transformações na prática profissional, na própria organização do trabalho e nas práticas de ensino²³.

Assim, não se pode pensar em ação profissional sem levar em conta a importância do processo comunicativo nela inserido. A escrita, a fala, as expressões faciais, a audição e o tato são formas de comunicação amplamente utilizadas, conscientemente ou não²⁶.

É na flexibilização das relações de poder, no compartilhamento de planos e decisões, no desenvolvimento contínuo e nos investimentos no capital intelectual que se conseguirá a sensibilização do colaborador²⁹.

A educação no trabalho insere-se, portanto, num contexto tenso, em que há possibilidade tanto de meramente reproduzir a tecnicidade e a normatividade do trabalho como de configurar oportunidades de recomposição dos processos de trabalho, de modo que os trabalhadores da saúde possam reconhecer, negociar e responder de forma mais pertinente às necessidades de saúde dos usuários e da população, buscando assegurar direitos e qualidade na prestação de serviço, na perspectiva do fortalecimento do SUS⁵⁵.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo que teve como objetivo conhecer o significado e a prática da EPS para enfermeiros em unidades de urgência e emergência nos permite considerar que há um acúmulo de conhecimento sobre educação em serviço por parte dos entrevistados, porém faltam investimentos no que se refere ao aprendizado e prática da EPS.

Neste estudo os enfermeiros reconhecem a educação permanente como um programa de ensino permanente e progressivo que qualifica, estimula e ajuda os profissionais na resolução dos problemas cotidiano. Manifestam-se, também, em relação as ações estratégicas de saúde como transformadoras de indivíduos e instituições.

No entanto, não se pode conceber a reorganização das práticas de saúde, sem que se invista em um processo permanente de capacitação dos recursos humanos.

No que se refere a pratica da EPS nas unidades pesquisadas, os resultados deste estudo indicam a existência de treinamentos e cursos de diversos temas, porém, não atendendo as expectativas dos envolvidos, além disso, os enfermeiros alegam que as capacitações e treinamentos existentes são disponibilizadas para os cargos de chefia e diretoria demonstrando a falta de estrutura organizacional para a realização da EPS no local estudado.

Diante do exposto, consideramos oportuno o reconhecimento de que o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar é de todos os profissionais envolvidos, bem como a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o que pode promover a otimização do trabalho em equipe.

Para que haja a efetividade da EPS é necessário que os trabalhadores da área de saúde e todos envolvidos na prestação de serviço de saúde procurem apreender sobre essa educação. Espera-se, com isso, que o processo de educação permanente funcione como fonte de conhecimento, e como objeto de planejamento e transformação das práticas de saúde.

Consideramos oportuno reforçar a condição da presença do enfermeiro como coordenador das discussões sobre a problematização da unidade, abertura de diálogo sensato com a equipe que atua na resolução das angústias e buscando uma melhora dos problemas enfrentados.

Além disso, percebe-se a necessidade de uma comunicação adequada para viabilizar a possibilidade de diminuir conflitos, ansiedade e os temores gerados pelo estresse do dia a dia. Isso exige envolvimento, sensibilidade, atenção, compreensão, diálogo, apoio, conforto e esclarecimento de dúvidas.

A construção da EPS não é exclusividade da gestão, mas de todos os sujeitos responsáveis pela produção de saúde, incluindo, profissionais de saúde, usuários, prestadores de serviços, instituições de ensino, entre outros.

Por mais que a EPS valorize o coletivo, não se pode esquecer que o coletivo é constituído por sujeitos que possuem singularidades, as quais devem fortalecer os alicerces para esta construção.

6.REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
3. Ricaldoni CAC, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. Rev Latino-am Enferm. 2006;14:1-7.
4. Camargo JRK. Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.
5. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Com, S Educ. 2005;161-77.
6. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis (RIO J.). 2004;14:41-65.

7. Nicolletto SCS, Mendonça FF, Bueno VLRC, Brevilheri ECL, Almeida DCS, Rezende LR, Carvalho GS, Gonzalez AD. Pólos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. Interface - Com, S Educ. 2009;13:209-19.
8. Assunção AA, Belisário AS, Campos FE, D'ávila LS. Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. Cad Saúde Pública. 2007; 23 supl 2:S193-S201.
9. Budó MLD, Saube R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. Texto Cont Enferm. 2005;14:177-85.
10. Zani AV, Nogueira MS. Incidentes críticos do processo ensino-aprendizagem do curso de graduação em enfermagem, segundo a percepção de alunos e docentes. Rev Latino-am Enferm. 2006;14:742-8.
11. Ciconetl RM, Marques GQ, Lima MADS. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. Interface-Comunic saúde Educ. 2008;12:659-66.
12. Jodelet D. A alteridade como processo e produto psicossocial. In: Arruda A, organizador. Representando a alteridade. Petrópolis: Vozes; 1998.p.47-67.

13. Paim JS, Nunes TCM. Contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva. Cad Saúde Publ, Rio de Janeiro, 1992; 8:262-69.
14. Saupe R, Budó MLD. Pedagogia Interdisciplinar: “educare” (educação e cuidado) como objeto fronteiroço em saúde. Texto Cont Enferm. 2006;15:326-33.
15. Budó MLD, Saupe R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado em enfermagem. Texto Cont Enferm. 2005;14:177-85.
16. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunic Saúde Educ. 2005;9:161-77.
17. Ceccim RB, Armani TB. Educação na saúde coletiva. Divulg S Debate, 2001;23:30-56.
18. Paschoal AS, Mantovani MF, Lacerda MR. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. Rer Gaúcha Enferm. 2006;27:336-43.
19. Lopes SRS, Piovesan ETA, Melo LO, Pereira MF. Potencialidade da educação permanente para transformação das práticas de saúde. Comum Ciência Saúde 2007,18:147-155.
20. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Plano estadual de educação permanente em saúde do estado de Santa Catarina 2010-2013. Florianópolis: Diretoria de Educação Permanente em Saúde; 2009.
21. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996 (20 de agosto de 2007).Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

22. Composição CIES. As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) deverão ser compostas pelo... 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH – SUS (1990).

23. Merthy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface – Com, S Educ. 2005;9:161-77.

24. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. S Publica. 2004;20:1411-6.

25. Peduzzi M. Trabalho de equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

26. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Editora Loyola; 2006.

27. Freire P. Política e educação. São Paulo: Cortez; 1993.

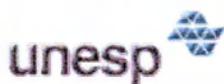
28. Ministério da Saúde . Portaria nº 198. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União da União. 16 de fev. 2004.

29. Pessini L, Pereira LL, Chanes M. Gestão em saúde: assistência integral, valorização da pessoa, investimentos crescentes. *O mundo da saúde* São Paulo. 2006; 30(2): 197-202.
30. Santos AS, Miranda SMR (org). *A Enfermagem na gestão em atenção primária á saúde*. Barueri: Manole; 2007.
31. World Health Organization. *The world health report 2000: health systems, improving performance*. Geneva: WHO; 2000.
32. Campos CEA. Integrality (comprehensiveness): from the viewpoint of health care and the recent proposals regarding basic assistance in Brazil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2003;8:569-84.
33. Feuerwerker LM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2005; 9: 489-506.
34. Prochet TC, Silva MJP. Proxêmica: As situações reconhecidas pelo idoso hospitalizado que caracterizam sua invasão do espaço pessoal e territorial. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Abr-Jun; 17: 321-6.
35. Ministério da Saúde. Resolução n.196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4:14-25.
36. Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2007.
37. Ribeiro ECO, Motta JIJ. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Divulg Saúde Debate*. 1996;(12):39-44.

38. Turato ER. Tratado de metodologia de pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Vozes; 2003.
39. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7a ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1998.
40. Bardin L. Análise de conteúdo. 3 Ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
41. Pierantoni CR. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Ciênc Saúde Colet. 2001;6:341-60.
42. Ferraz F. Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um caminho para a construção e transformação em saúde nos hospitais universitários federais de ensino, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 267 p.
43. Freire P. Pedagogia do oprimido. 28a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
44. Saupe R. Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: Ed. da UFSC; 1998. p. 141.
45. Leite MMJ, Pereira LL. Educação Continuada em Enfermagem. Administração em enfermagem. 1ª ed. São Paulo: EPU; 1991.
46. Silva MJP, Pereira LL, Benko Ma. Educação Continuada: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: Marques - Saraiva; 1989.

47. Rodrigues MN. Gestão estratégica de Pessoas – uma evolução na gestão de recursos Humanos. [Internet].2009. [acesso dia 10/12/2010] Disponível em: www.administradores.com.br/.../gestao-estrategica-de-pessoas-uma-evolucao-na-gestao-de-recursos-humanos/36581/.
48. Angeloni MT (coord). Estilo gerencial nas organizações da era do conhecimento. In: Organizações do conhecimento: infraestrutura, pessoas e tecnologias. São Paulo: Saraiva; 2002. 215p.
49. Freire P. Pedagogia da autonomia - Saberes necessários à prática educativa. 36a est. São Paulo: Editora Paz e Terra; 1996.
50. Nogueira RS. A importância do pedagogo na empresa [Monografia]. Rio de Janeiro: Centro de Ciências Humanas, da Universidade Veiga de Almeida; 2005.
51. Berti HW, Braga EM, Spiri WC, Godoy I, Bocchi SCM. Da percepção de impotência à luta por justiça na assistência à saúde. Ciênc Saúde Colet. 2008; 1:1-15.
52. Braga EM, Silva MJP. Comunicação competente – visão de enfermeiros especialistas em comunicação. Acta Paul Enferm. 2007; 20:410-4.
53. JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti ; KURCGANT, P. Tecnologia educacional: avaliação de um web site sobre Escala de pessoal de Enfermagem.Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso), v. 43, p. 512-519, 2009.
54. Peterlini OLG, Zagonel IPS. O sistema de informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. Texto Contexto Enferm. 2006; 15 :418-26.

55. Peduzzi M; Del Guerra DA; Braga CP; Lucena FS; Silva AM. 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 vol.13 no.30; July/Sept 2009.

ANEXOS**Anexo I – Aprovação do CEP**

**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 01 de março de 2.010

OF. 069/2010-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof^ª. Dr^ª. Eliana Mara Braga
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr^ª. Eliana,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (Protocolo 3463-2010) "Educação permanente em Unidades de Urgência Emergência: Do significado a prática", a ser conduzido por Ana Maria Fernandes, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 01 de março de 2010.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Anexo II – Termo de consentimento livre e esclarecido

As informações descritas neste termo têm o intuito de esclarecer o real sentido da sua participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo conhecer o significado e a prática da Educação Permanente em Saúde para enfermeiros de unidades de urgência e emergência de um município do Estado de São Paulo.

Você está sendo convidado a responder a um questionário com perguntas abertas sobre o tema da educação permanente em serviço.

É dada a garantia ao entrevistado quanto ao sigilo e confidencialidade do nome dos participantes.

Não haverá despesas ou compensação financeira em qualquer fase do estudo.

Fica claro que o entrevistado poderá a qualquer momento retirar seu Consentimento Livre e Esclarecido e deixar de participar desta pesquisa.

Você poderá obter informações e se manter atualizado quanto ao andamento da pesquisa e esclarecer eventuais dúvidas entrando em contato com a pesquisadora Ana Maria Fernandes. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143.

Eu, _____, declaro meu livre consentimento em participar do estudo: Educação Permanente em Unidades de Urgência e Emergência: do significado à prática. Permito também a utilização dos dados, preservando minha identidade, para fins de estudo e divulgação científica. Declaro ainda, que a Secretaria Municipal de Saúde de Bauru está isenta de qualquer responsabilidade durante esta pesquisa.

Foram a mim esclarecidos os propósitos do estudo, e a garantia de sigilo e de esclarecimentos constantes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e de ressarcimento. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades e prejuízos.

_____ /_____/_____

Assinatura do Entrevistado

_____ /_____/_____

Assinatura da Pesquisadora

Pesquisadora:

Ana Maria Fernandes - e-mail: anafernandes@globo.com

Fones: 14- 97521822, 14-3265-2494

Rua: Duque de Caxias, nº 70, Piratininga - SP, CEP 1749000

Orientadora:

Prof.ª Dr.ª Eliana Mara Braga

Fones: 14-38116070, 14-38135264 e-mail: elmara@fmb.unesp.br

elmara@fmb.unesp.br

Anexo III - Questionário

Profissão:

Sexo:

Idade:

1- Tempo de serviço nesta unidade:

2- Unidade que trabalha:

 U1 – Pronto Socorro Central U2- Pronto Socorro da Periferia

3- Tempo de formado:

4- Curso pós-graduação

Especialização mestrado doutorado outros

5- O que você entende como Educação Permanente em Saúde (EPS)?

6- Você participa de EPS?

7- A instituição que você trabalha estimula o profissional enfermeiro a realizar a EPS?

8- Como é realizada a EPS na unidade em que você trabalha?

9- O que você propõe como temas ou assuntos para que a EPS seja efetiva/viável em unidades de urgência e emergência?

10- Quais as estratégias possíveis para a realização de EPS nestas unidades?