



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANNA GABRIELLA CARVALHO RANGEL

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO
DAS PRÁTICAS EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR**

Salvador

2014

ANNA GABRIELLA CARVALHO RANGEL

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO
DAS PRÁTICAS EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção de grau de mestra em Enfermagem, Área de concentração: Administração em Saúde, Linha de pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidado à Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Norma Carapiá Fagundes.

SALVADOR

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Departamento de Tratamento da Informação, Biblioteca Universitária de Saúde
Sistema de Bibliotecas da UFBA

R196 Rangel, Anna Gabriella Carvalho.

Educação permanente em saúde: implantação e implementação das práticas em uma organização hospitalar / Anna Gabriella Carvalho Rangel. – Salvador, 2014.
111 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Norma Carapiá Fagundes.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.

1. Educação permanente em saúde – Políticas públicas. 2. Educação continuada em saúde. 3. Unidades hospitalares. 4. Educação no Trabalho. I. Fagundes, Norma Carapiá. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU: 61:37

ANNA GABRIELLA CARVALHO RANGEL

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO
DAS PRÁTICAS EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR**

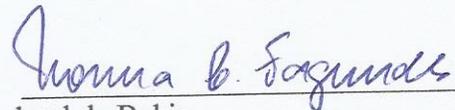
Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção de grau de Mestra, área de concentração: Administração em Saúde. Linha de pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidado à Saúde.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

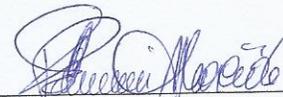
Profª Drª Norma Carapiá Fagundes

Doutora em Educação e Professora da Universidade Federal da Bahia



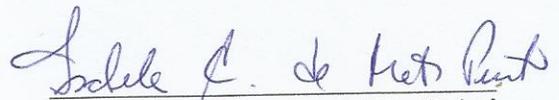
Prof. Dr. Roberto Sidney Alves Macedo

Doutor em Ciências da Educação e Professor Associado IV da Universidade Federal da Bahia



Profª Drª Isabela Cardoso de Matos Pinto

Doutora em Administração Pública e Professora Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia



Profª Drª Heloniza Oliveira Gonçalves Costa

Doutora em Administração e Professora Associada III da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia



AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me permitido sonhar, planejar, buscar e concretizar e por ter colocado em meu caminho aqueles com quem pude contar para chegar aqui.

À Professora Norma Fagundes, mais do que orientadora, educadora. Agradeço por ter me ensinado a procurar, nas inquietações, o caminho. Hoje concluo com a certeza de que não terminei e com o entusiasmo de quem nem começou, graças a sua sabedoria.

À Professora Isabela Pinto e ao Professor Roberto Macedo, pela disponibilidade em compor a banca e pelas contribuições que fortaleceram minha trajetória.

Aos grandes amores Giovanna, Luísa e Letícia. Vocês são minha maior inspiração. Obrigada por estar ao meu lado e preencherem minha vida com inteligência, doçura e inquietação. Vejo-me em cada uma de vocês e agradeço por serem tão intensas!

À minha mãe, meu maior exemplo. Sua determinação, honestidade e transparência me ensinaram a ser gente e seu entusiasmo me levou a acreditar em uma educação melhor. Agradeço por seu incentivo, sua parceria e por sua dedicação. Sem você, nem sonharia.

A Leandro, por ser mais que companheiro. Agradeço a parceria nas madrugadas de estudo, a tolerância com as ausências, o colo silencioso, o carinho e a ponderação que me complementam. Obrigada pelo estímulo, por ter abdicado e por me fazer acreditar.

A Ricardo, meu irmão amado de quem tanto me orgulho. Deus me concedeu a oportunidade de ter em você meu melhor amigo e aquele que acredita incondicionalmente em todos os meus sonhos e me estimula a ousar e sair do lugar

Aos amigos Lúcio e Mary, padrinhos dessa construção, que acreditaram em mim mais do que eu mesma e, desde o começo, insistiram em me ajudar e fazer acontecer.

À minha avó, tias e primas, mulheres geniais. Agradeço por compreenderem a ausência e pela torcida.

Às minhas grandes amigas, irmãs de coração, a quem pude escolher. Obrigada por não aceitarem a minha ausência e se esforçarem para estarmos juntas. Agradeço o ombro, as gargalhadas, o acolhimento e a torcida.

Às amigas e colegas do 13º Centro, por me ajudarem a seguir com tranquilidade.

Juli, Val e Lívia, nossa amizade me fortaleceu. Fomos mais que colegas, acima de tudo, parceiras. Agradeço a oportunidade de aprender com vocês.

À Professora Cristina Melo, colegas do grupo de pesquisa Gerir e da ABEn-BA, por tirarem de mim as certezas e os véus e me motivarem a lutar pelo sentido do trabalho.

Maiquele, obrigada pela dedicação na coleta. Sua paciência e meiguice foram fundamentais.

Às amigas no Núcleo de Segurança, que sempre me apoiaram e torceram. Agradeço por tê-las encontrado pelo caminho.

Ao Hospital, pela confiança e por ceder seu campo e suas informações, para que esta construção fosse possível. Incluo neste agradecimento as trabalhadoras que participaram deste estudo, que expuseram suas crenças e percepções e compartilharam o desejo de construir um processo de trabalho de qualidade nos serviços de saúde.

Aos colegas do Mestrado e àqueles que encontrei e nunca esquecerei pelos abraços, pelo consolo, pelas críticas, sugestões, dicas, opiniões e contradições que me fizeram repensar e resignificaram a minha aprendizagem.

RESUMO

RANGEL, Anna Gabriella Carvalho. *Educação permanente em saúde: implantação e implementação das práticas em uma organização hospitalar*. 2013. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é compreendida como uma prática polissêmica de ensino-aprendizagem, que se fundamenta na aprendizagem significativa e organizacional e na participação ativa das equipes de saúde e gestores na problematização das práticas. O objetivo do estudo foi analisar os processos de implantação e implementação das práticas de EPS em uma organização hospitalar do município de Salvador. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, desenvolvido, no ano de 2013, em um hospital público e de grande porte, certificado em Acreditação Hospitalar. Os dados foram coletados em documentos e entrevistas com gestores e trabalhadores de categorias e serviços distintos do hospital. A Análise Temática foi adotada como técnica e os dados foram confrontados, destacando pontos significantes, similaridades e diferenças. Emergiram as categorias analíticas: concepções sobre EPS, planejamento e operacionalização das práticas educativas, concepções pedagógicas e avaliação das práticas de EPS. Os resultados evidenciaram efetivo investimento e sistemático planejamento para a educação de trabalhadores, sob a gestão de uma enfermeira que exerce a função de planejar e operacionalizar as práticas educativas no hospital. As concepções de EPS convergem para o pouco aprofundamento epistemológico e descrevem práticas educativas instrutivas, organizadas por categoria de profissionais, direcionadas quase que exclusivamente à equipe de enfermagem e centradas na disseminação de orientações para a condução da assistência e realização de procedimentos. O planejamento não contempla participação sistemática das equipes. Estratégias para avaliar a efetividade das ações educativas superam a busca por falhas e incluem auditoria, supervisão e monitoramento de indicadores. O reconhecimento de fragilidades no modelo vigente aponta para a necessidade de reorganização da EPS. Concluiu-se que os processos educativos que não adotam práticas inclusivas e dialógicas e restringem a participação ativa dos trabalhadores em seu processo formativo, ou seja, as etapas de planejamento e de avaliação das atividades de EPS, não favorecem a aprendizagem significativa e organizacional que repercute em melhoria da qualidade, reformulação dos processos e efetividade do trabalho.

Palavras-Chave: Educação permanente em saúde. Políticas públicas. Educação continuada em saúde. Unidades hospitalares. Educação no trabalho.

ABSTRACT

RANGEL, Anna Gabriella Carvalho. *Continuing health education, the establishment and implementation of practices in a hospital organization*. 2013. 111 f. Dissertation (Master's in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2014.

The Continuing Education in Health (EPS) is understood as a polysemic practice of teaching and learning, which is based on meaningful and organizational learning and active participation of health staff and managers on the critical practices. The aim of the study was to analyze the processes of implementation and deployment of EPS practices in a hospital organization in the municipality of Salvador. This is a hard case with a qualitative approach, developed in 2013, in a public hospital and large, certificate in Hospital Accreditation. The data were collected from documents and interviews with managers and workers of different categories and services at the hospital. A thematic analysis was adopted as a technique and data were compared, highlighting significant, similarities and differences points. Emerging analytical categories: conceptions of EPS, planning and implementing educational practices, pedagogical conceptions and practices of assessment EPS. The results demonstrated effective, systematic investment planning for the education of workers, under the management of a nurse who performs the function of planning and operationalizing the educational practices in the hospital. Conceptions of EPS converge to some deeper epistemological and describe instructional educational practices, organized by category of professionals, focused almost exclusively on nursing staff and focused on dissemination of guidelines for the conduct of care and performing procedures. The plan does not include systematic participation of teams. Strategies for evaluating the effectiveness of educational activities outweigh the search for flaws and include audit, supervision and monitoring of indicators. The recognition of weaknesses in the current model points to the need for reorganization of EPS. It was concluded that educational processes that do not adopt inclusive and dialogical practices and restrict the active participation of workers in its formative process, i.e., the steps of planning and evaluation of EPS activities do not encourage meaningful and organizational learning that reflected on quality improvement, redesign of processes and effectiveness of the work.

Key words: Permanent education in health. Public policies. Continuing education in health. Hospital units. Education at work.

RESUMEN

RANGEL, Anna Gabriella Carvalho. *Educación permanente en salud: aplicación e implementación de las prácticas en una organización hospitalaria*. 2013. 111 f. Disertación (Master en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidad Federal de la Bahia, Salvador, 2014.

La Educación Permanente en Salud (EPS) se entiende como una práctica polisémica de enseñanza-aprendizaje, fundamentada en el aprendizaje significativo y organizativo y en la participación activa de los equipos de salud y los gestores en el cuestionamiento de las prácticas. El objetivo del estudio fue analizar los procesos de aplicación e implementación de las prácticas de EPS en una organización hospitalaria del municipio de Salvador. Estudio de caso, con enfoque cualitativo, desarrollado en 2013, en un hospital público de envergadura, certificado en Acreditación Hospitalaria. Los datos fueron recolectados en documentos y entrevistas con gestores y trabajadores de distintas categorías y servicios del hospital. Como técnica se adoptó el Análisis Temático y los datos fueron cotejados, destacando puntos significantes, similitudes y diferencias. Emergieron tres categorías analíticas: concepciones sobre EPS, planeamiento y ejecución de las prácticas educativas, concepciones pedagógicas y la evaluación de las prácticas de EPS. Los resultados evidenciaron una efectiva inversión y un sistemático planeamiento para la educación de trabajadores, bajo la gestión de una enfermera que ejerce el cargo de planear e ejecutar las prácticas educativas en el hospital. La concepciones de EPS convergen para la falta de aprofundamiento epistemológico y describen prácticas educativas instructivas, organizadas por categorías de profesionales, direccionadas casi que exclusivamente al equipo de enfermería y centradas en la diseminación de orientaciones para la conducción de la asistencia y realización de procedimientos. El planeamiento no contempla la participación sistemática de los equipos. Las estrategias para evaluar la efectividad de las acciones educativas superan la búsqueda por fallas e incluyen auditoría, supervisión y monitoreo de indicadores. El reconocimiento de fragilidades en el modelo vigente apunta para la necesidad de reorganización de la EPS. Se concluye que los procesos educativos que no adoptan prácticas inclusivas y dialógicas y, restringen la participación activa de los trabajadores en su proceso formativo, es decir, las etapas de planeamiento y evaluación de las actividades de EPS, no favorecen el aprendizaje significativo y organizativo que resulta en la mejoría de la calidad y en la reformulación de los procesos y efectividad del trabajo.

Palabras Clave: Educación permanente en salud. Políticas públicas. Educación continua en salud. Unidades hospitalarias. Educación en el trabajo.

LISTA DE SIGLAS

Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – p. 21
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço – p. 39
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde – p. 32
CNS	Conferência Nacional de Saúde – p. 29
Conasp	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – p. 31
DDS	Diálogo Diário de Segurança – p. 87
Deges	Departamento de Gestão da Educação na Saúde – p. 34
EC	Educação Continuada – p. 16
EP	Educação Permanente – p. 16
EPS	Educação Permanente em Saúde – p. 17
ES	Educação em Serviço – p. 17
HH	Hora/Homem – p. 93
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – p. 89
MS	Ministério da Saúde – p. 20
NGP	Núcleo de Gestão de Pessoas – p. 50
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente – p. 48
OMS	Organização Mundial da Saúde – p. 29
ONA	Organização Nacional de Acreditação – p. 48
Opas	Organização Panamericana da Saúde – p. 16
PAT	Plano Anual de Treinamento – p. 70
PEGTES	Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – p. 40
PEPS	Polo de Educação Permanente em Saúde – p. 36
PITS	Programa de Interiorização para o Trabalho em Saúde – p. 34
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – p. 35
PPP	Parceria Público Privada – p. 48
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – p. 16
Profae	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – p. 34
Promed	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – p. 35
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – p. 80
Sesab	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – p. 40
SEPS	Serviço de Educação Permanente em Saúde – p. 48

SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – p. 80
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – p. 34
SIPAT	Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – p. 82
SUS	Sistema Único de Saúde – p. 25
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – p. 50
UFBA	Universidade Federal da Bahia – p. 51
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – p. 17
UTI	Unidade de Terapia Intensiva – p. 50

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1	ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	24
2.2	EDUCAÇÃO NO TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL	27
2.3	POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS) E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	35
3	METODOLOGIA	45
3.1	TIPO DE ESTUDO	45
3.2	LOCUS DO ESTUDO	46
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	49
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	49
3.5	COLETA DE DADOS	50
3.6	ANÁLISE DE DADOS	52
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
4.1	CONCEPÇÕES SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	60
4.2	PLANEJAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NO HOSPITAL	72
4.3	PRÁTICAS PEDAGÓGICAS ADOTADAS	81
4.4	AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO NO TRABALHO	87
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS	98
	APÊNDICE A – CARTA DE ESCLARECIMENTOS AOS PARTICIPANTES	106

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	107
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA EQUIPE ASSISTENCIAL	108
APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SERVIÇO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE/ GESTOR	109
APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL	110
ANEXO A – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS	111

1 INTRODUÇÃO

A formação profissional, concebida historicamente como um dos alicerces para o desenvolvimento dos complexos processos de trabalho que regem as práticas profissionais nas organizações de saúde, tem, no cerne da sua concepção, a intrínseca relação com o mundo do trabalho.

A íntima relação estabelecida entre as transformações históricas do trabalho e a formação condicionou a organização dos modos formativos e favoreceu o reconhecimento do potencial formativo do trabalho, ao oportunizar a aprendizagem por meio dos experimentos vivenciados nesse âmbito, como afirma Canário (1997, p. 125):

A revalorização e a redescoberta do potencial formativo das situações de trabalho propiciam a produção de estratégias, dispositivos e práticas de formação que valorizam fortemente a aprendizagem por via experiencial e o papel central de cada sujeito num processo de autoconstrução como pessoa e como profissional.

Ao vislumbrar, no caráter formativo das situações de trabalho, a chance de, por meio da participação ativa e habilitada dos trabalhadores, também promover reestruturações nos processos laborais e, conseqüentemente, otimizar os processos produtivos, podemos afirmar que o trabalho influencia decisivamente a organização das estruturas formativas.

Concomitante à modificação nas relações de trabalho decorrentes da industrialização e da inserção do modo de produção capitalista, os sistemas de formação passaram a atuar como reguladores sociais a serviço da organização do trabalho. Deste modo, o desenvolvimento do processo formativo acompanha o contexto econômico desde a sua concepção (CORREIA, 1997).

Ao analisar a representação socioeconômica do sistema educacional, numa perspectiva marxista, Freitag (1986) reafirma a relação entre o trabalho e a educação, ao concebê-la como investimento para a perpetuação das relações produtivas. Nesta lógica, os investimentos no aprimoramento da mão de obra, treinando-a e qualificando-a para o trabalho, promovem a escola como fábrica de mão de obra, ajustando a qualificação às demandas do mercado de trabalho.

Tal condição favorecia a relação entre educação e trabalho, descrita também por Correia (1997), ao abordar a lógica da formação adaptativa e utilitarista, centrada no trabalho prescrito e desenhada para subsidiar a qualificação profissional dos indivíduos presumidamente carentes de informação, desconsiderando seus saberes prévios e sua condição de promover mudanças.

A trajetória histórica da educação formal demonstra, no final século XIX e início do século XX, a obrigatoriedade da escolarização para adequação social às proposições produtivas e valorização da qualificação para as novas modalidades de trabalho que estimulavam o desenvolvimento tecnológico das técnicas produtivas e a mecanização das atividades de trabalho para reduzir custos com a produção (CARMO, 2011; CORREIA, 1997).

A centralidade das ações educativas na adequação do indivíduo ao trabalho prescrito é ressaltada por Correia (1997). De acordo com esse autor, era priorizada a requalificação para o trabalho e assegurada, com o declínio das relações produtivas, a adaptação técnica e psicológica à nova organização do trabalho. Além disso, essas ações serviam também como instâncias de regulação social.

Nesta perspectiva, cabia ao trabalhador preparar-se previamente para o exercício das atividades laborais, que, no modo de organização taylorista vigente, demandavam apenas a conformação do indivíduo para o exercício de uma função específica. Pressupondo seu desconhecimento, a prática normativa era aprendida previamente e sua destreza era desenvolvida no próprio trabalho.

No pós-guerra, a industrialização crescente estimulou a competitividade e os sistemas de formação, também identificados por Correia (1997, p. 17) como “instâncias de regulação social”, promoveram a explosão da escola em massa como um incentivo à escolarização dos trabalhadores. Foi instaurado, assim, um modelo de formação focado no preparo para o ingresso imediato no mercado de trabalho, por meio do desenvolvimento das técnicas produtivas e da polivalência profissional, consolidando a organização capitalista do trabalho (CARMO, 2011; CORREIA, 1997).

O estímulo à competitividade nas relações profissionais despontou, desse modo, como consequência da flexibilização e da instabilidade profissional, condicionando uma nova forma de organização dos modelos de formação profissional (CORREIA, 1997). Estruturado, desde então, para o desenvolvimento de mão de obra flexível e multifacetada, o modelo educacional tentava adequar o operário ao desempenho multifuncional por meio da formação profissional contínua.

A formação promovia, nesse contexto, condição para que se estabelecessem os novos modos de produção, atribuindo-lhe, por consequência, intencionalmente, o tortuoso caráter instrumental e massificado para aquisição de requisitos (CANÁRIO, 1997).

Para Freitag (1986), o planejamento educacional, ao priorizar a qualificação com base na demanda mercadológica, controlando a oferta de profissional qualificado, favorece a competitividade e, por consequência, a lógica produtiva do modo capitalista vigente, da lei da oferta e da procura.

A harmonia e o equilíbrio do sistema social dependem da livre e igual competição dos indivíduos atomizados (portadores de papéis), por posições sociais (poder e privilégio) que têm diferentes valores na hierarquia social. Ocupa a posição quem para ela estiver mais habilitado. (FREITAG, 1986, p. 57).

A congruência entre as transformações no trabalho e as modificações nas perspectivas de formação evidencia a interação entre processo produtivo e formativo. Designada a suprir presumíveis carências para atuação profissional, é fortalecida a conexão educação-trabalho, como argumenta Correia (1997, p. 24):

[...] a crescente importância social atribuída não só a educação permanente, a reciclagem e a reconversão profissional, mas também a institucionalização de modalidades e espaços que, afirmando-se formativos, se confundem com modalidades híbridas de exercício do trabalho [...]

Ferretti (1997) alerta que a organização do trabalho no modo de produção capitalista determinou a engenharia da formação profissional, não recomendando atribuir tal mérito apenas à inovação tecnológica. A organização toyotista empresarial fomentou, mediante a desqualificação do antigo trabalhador, a possibilidade de requalificação profissional, por meio do desenvolvimento de competências flexíveis a médio e longo prazo, que formatariam a qualificação profissional para alocação ao posto de trabalho e para a responsabilização coletiva do trabalho, desenhando um novo modelo de formação profissional: o modelo de competências.

O chamado “modelo de competências” surge como alternativa, no plano empresarial, para orientar a formação de recursos humanos compatível com a organização do trabalho que lhe convém. Tal conceito é contraposto ao de qualificação profissional [...] na medida em que enfatiza menos a posse dos saberes técnicos e mais a sua mobilização para a resolução de problemas e enfrentamento de imprevistos na situação de trabalho [...] (FERRETTI, 1997, p. 229).

Percebemos que a interface entre o mundo do trabalho e a práxis educacional ocorre de tal maneira que a organização dos processos de trabalho mobiliza e determina o corpo de saberes difundido entre os seus trabalhadores, adequando-os ao mercado e instituindo o campo de atuação profissional como locus de aprendizagem organizacional.

Desta forma, o mundo empresarial redefine as relações entre sistema educacional e formação profissional, pois interfere nos sistemas educacionais conformando-os ao desenvolvimento de competências em longo prazo para formação da mão de obra futura, já que, para ampliar competências em curto prazo, tende a “[...] desenvolver uma pedagogia interna, associando o setor de recursos humanos ao da produção” (FERRETTI, 1997, p. 230).

O autor citado ressalta também o surgimento de instituições formativas complementares, destinadas a atender às demandas de capacitação do contexto de trabalho.

Tal trajetória não configura uma prerrogativa exclusiva da formação na e para a indústria. O arcabouço constituído para promover, também por meio dos processos educativos, as novas formas de organização e relações profissionais no trabalho foi facilmente adaptado às estruturas organizacionais modeladas nos serviços de saúde. Estes se respaldaram na efemeridade do conhecimento e na complexidade das ações inerentes à assistência, fazendo emergir a contínua necessidade de aprendizagem no trabalho e reforçando a necessidade de “[...] reconhecer no setor da saúde a exigência ético-política de um processo educativo incorporado ao cotidiano da produção setorial” (CECCIM, 2005, p. 161).

Ao ponderar a complexa abrangência das ações que envolvem o cuidado multiprofissional, que pressupõe espaços de aprendizagem contínuos e dinâmicos, compreendemos a necessidade de a construção de conhecimento ser promovida por práticas pedagógicas articuladoras, que favoreçam a crítica e a reflexão, minimizando o mecanicismo e as oportunidades de precarização da força de trabalho em saúde.

Nesta perspectiva, é concretizado o desafio de estimular a conscientização e a responsabilidade nos profissionais sobre o seu contexto e por seu processo permanente de aprimoramento, propondo práticas pedagógicas que incitem aprendizagem no trabalho, intencionando articulação de saberes, avaliação e revisão do processo (RICALDONI; SENA, 2006).

As necessidades de adequação da formação profissional aos avanços socioeconômicos e tecnológicos, bem como a intencionalidade de redesenhar os modelos de assistência à saúde, buscando maior eficácia na manutenção da força de trabalho produtiva, apontam a participação ativa do trabalhador de saúde como oportunidade de promover mudanças na saúde, sendo imprescindível revisar a formação desse novo profissional para uma atuação crítica e transformadora da organização dos processos de trabalho em saúde.

No Brasil, na década de 1950, o desenvolvimento econômico que teve início no pós-guerra, alicerçado pela crescente industrialização, promoveu o crescimento dos serviços de saúde, com relativa complexificação das ações assistenciais cujo desenvolvimento tecnológico, necessário à manutenção da força produtiva, fomentou a especialização dos recursos humanos da saúde para o atendimento ao recente modelo assistencial pautado no hospital (BAPTISTA, 2005).

Nessa dialética, nos serviços de saúde, o incremento tecnológico não gera dispensa de mão de obra. Na lógica inversa da industrialização, aumenta a demanda por força de trabalho

especializada para operacionalização dos novos e antigos recursos. Ao agregar cada dia mais informação para o manuseio do arsenal tecnológico, o modelo de saúde biologicista necessita de estratégias que assegurem a maximização das potencialidades do trabalhador. Na organização do hospital, percebemos que este pleito torna-se ainda mais evidente.

Na avaliação de Peduzzi (2002), essas mudanças na organização e operacionalização do trabalho impõem ao campo da saúde um novo modo produtivo, focado na produção massificada, no tecnicismo e na hiperespecialização, demandando, do trabalhador de saúde, uma incessante incorporação de saberes e a incerteza da segurança na sua formação profissional.

Lemos (2010), ao descrever a influência das transformações socioeconômicas na formação de recursos humanos em saúde na década de 1960 esclarece que, à época, difundida como ação estratégica para implantação das políticas de saúde pública, a educação profissional contínua para os trabalhadores de saúde emergiu sob o impulso da Organização Panamericana da Saúde (Opas), diante da necessidade de atender à expansão do especializado setor saúde.

Para a autora, a criação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PREPS), na década de 1970, seguido da criação das escolas técnicas, na década de 1980, demarca a formação em serviço por meio da educação continuada (EC) no país, numa perspectiva de integrar as ações formativas ao trabalho de profissionais já inseridos, superando as metodologias de treinamento exclusivamente tecnicistas. De acordo com o autor, tentava-se

[...] unir trabalho e ensino, levando ao desenvolvimento de estratégias pedagógicas que tanto facilitassem a apropriação do conhecimento quanto possibilitassem a crítica às condições de trabalho, ao invés de promover a adaptação ao existente. A intenção era construir planos pedagógicos que integrassem trabalho e ensino, prática e teoria, serviço e comunidade. (LEMOS, 2010, p. 51).

Assim, vemos que a modernização na configuração do trabalho demanda metodologias formativas não limitadas ao trabalho, que, pela reinvenção das potencialidades tecnicistas e humanísticas, contribuem para o trabalhador reconhecer-se no trabalho, desenvolvendo visão crítica que lhe permita participação ativa nos processos organizacionais de mudança.

Smaha e Carloto (2010) esclarecem que as concepções de educação permanente (EP) em saúde que nortearam as políticas de saúde no Brasil foram oriundas dos conceitos de educação para toda a vida, visando o aperfeiçoamento constante e progressivo, promovidas originalmente pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) e adotadas pela Opas, na década de 1960, para os profissionais de saúde.

Essa proposta formativa advinha de uma estreita relação com a orientação de recursos humanos e o desenvolvimento econômico; na saúde, sua implementação respaldava-se na relação entre planejamento de recursos humanos e planejamento de saúde, almejando um novo modelo pedagógico para a formação dos trabalhadores que atendesse às necessidades de promoção da saúde.

Para Ceccim (2005), a Educação Permanente em Saúde (EPS) engloba, com base nas diferentes metodologias relacionadas ao aprender no trabalho, ações de educação em serviço (ES), EC e educação formal de profissionais, diferenciando-se pela intencionalidade de promover, por meio da experimentação refletida e analisada das problemáticas inerentes ao trabalho, mudanças na organização de suas práticas. A vivência e/ou reflexão sobre as práticas experimentadas é que pode produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos para enfrentar o desafio de gerar transformações.

Bártolo (2007) conceitua a formação em serviço e a formação em exercício como modalidades formativas oriundas do cotidiano do trabalho, que ocorrem nesse âmbito. A autora cita as definições de Abreu (1994)¹ nas quais “[...] a formação em exercício é toda a formação que ocorre articulada com a ação, que permita o desenvolvimento pessoal e do grupo [...]” (BÁRTOLO, 2007, p. 26), enquanto a formação em serviço “Caracteriza-se por envolver uma dinâmica formativa de caráter formal, mas localizada no espaço do serviço; corresponde a uma descentralização da formação [...] mantendo suas características escolarizadas e escolarizantes” (BÁRTOLO, 2007, p. 26).

Nesta perspectiva, a autora defende que a formação em exercício se dá por meio da experimentação, numa atividade relacional e vivencial, independente da definição prévia de conteúdos, em que os atores se formariam mediante uma “[...] dinâmica reflexiva sobre a prática profissional” (BÁRTOLO, 2007, p. 26).

Macedo (2010, p. 21) ratifica tais constatações ao atribuir à formação caráter autopoético, praxiológico e relacional, condição inerente ao sujeito social e culturalmente mediada, concebida “[...] como um fenômeno que configura numa experiência profunda e ampliada do Ser humano, que aprende interativamente, de forma significativa, imerso numa cultura, numa sociedade, através de suas diversas e intencionadas mediações”. Sob a ótica desse autor, a experiência formativa ultrapassa o espaço da escola. Percebida como uma

¹ ABREU, W. *Dinâmica de formatividade dos enfermeiros: um subsídio para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar*. 1994. Tese (Mestrado em Ciências da Educação) – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, FPCE, 1994.

escolha do sujeito, a formação caracteriza um ato político, uma vez que permite, mediada pelas experiências no processo de aprendizagem, a produção de saberes próprios.

A condição de autoformação com base na aprendizagem experiencial fundamentada nas situações de trabalho é reforçada por Bártolo (2007), ao salientar que a metodologia educativa de aprendizagem experiencial instiga a reflexão sobre a prática profissional, reinventando a ação vivenciada e produzindo conhecimento e informação, configurando a formação.

Desse modo, a EPS, compreendida como processo pedagógico dinâmico e interacional, que fomenta a análise do cotidiano do trabalho com base na interação de seus agentes (equipes de saúde), dos serviços de saúde e das políticas nas quais está inserida, promove, por meio da experimentação significativa, a aprendizagem individual, coletiva e organizacional, encontrando também um contexto potencialmente formativo na complexidade dos processos de trabalho inerentes ao ambiente hospitalar (BÁRTOLO, 2007; CECCIM, 2005).

Com o foco na relação entre educação e trabalho, na qual um transforma o outro, e na interferência desta no mérito transformador da EPS, Merhy (2005) assinala a influência desse encadeamento no desenvolvimento das competências profissionais e, por conseguinte, na função de prestação de cuidados.

Na perspectiva de Merhy (2005), a EPS se dá por meio de uma proposta pedagógica que promova a implicação dos agentes, fortalecendo-os para refletir e questionar os dilemas da prática laboral e para proposição de mudanças. O processo que se compromete com a EP, “[...] tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações” (MERHY, 2005, p. 173).

Bártolo (2007), ao discutir a formação no contexto hospitalar e seu potencial formativo, afirma que a prática clínica oportuniza a aplicação dos saberes teóricos, integrando uma dinâmica formativa em que a aprendizagem não se restringe ao indivíduo, mas transfere-se para o grupo e para a organização. Assim, “[...] o indivíduo forma-se porque experimenta, vive, reflete, aprende cuidando e cuida aprendendo” (BÁRTOLO, 2007, p. 19).

A prática das metodologias educativas no trabalho, em especial no âmbito hospitalar, permite aos atores dos processos de trabalho em saúde repensar suas práticas e, mais que isso, quando conduzidas na perspectiva da interface das ações coletivas que caracterizam a transdisciplinaridade, oportuniza ressignificar a atuação profissional na rede de serviços que compõe o sistema hospitalar.

O entendimento do encadeamento entre educação e mudança de práticas em saúde parece ser coerente, contudo não deve ser assumido como condição exclusiva para transição

do modelo assistencial biologicista e enraizado na busca pela cura em detrimento da promoção da saúde.

Com base nessa premissa, estimular o profissional a conhecer o processo de trabalho no qual está inserido, suas interações e pontos críticos, vislumbrando além da produção propriamente dita, pode favorecer que este se aproprie do conhecimento necessário à formação do pensamento crítico, alicerçando a construção de novas interfaces e otimização do uso da força de trabalho, caracterizando a aplicabilidade da metodologia da problematização.

Ao refletir sobre a relação do homem com o trabalho, Antunes (1999, p. 121) anuncia: “[...] é a partir do trabalho que o homem, em sua cotidianidade, torna-se ser social.” Nesta perspectiva, faz-se necessário estimular a avaliação sistêmica da conjuntura em que está inserido o objeto de trabalho do profissional de saúde, corroborando para a revisão contínua de suas práticas e a consequente transformação da sua realidade laboral.

Nos modelos assistenciais assumidos na atenção à saúde, a inclusão de novas tecnologias, atrelada à efemeridade do conhecimento e à complexidade técnico-assistencial, estabelece incorporação de saberes e exige do trabalhador o aperfeiçoamento especializado e acumulativo, numa tentativa de adequação ao perfil do profissional polivalente, atendendo à expectativa racional da lógica de produção do trabalho (PEDUZZI, 2002).

Consoante Peres e Ciampone (2006, p. 494), a constante exigência do aprimoramento pelos modos de produção atribui à educação na saúde o desenvolvimento de competências técnicas e comportamentais e insere-se “[...] no processo de trabalho ‘cuidar’, que possui como finalidade geral a atenção à saúde evidenciada na forma de assistência (promoção, prevenção, proteção e reabilitação)”.

Contudo, Canário (1997), ao discutir a formação no hospital, alerta para a tendenciosa associação entre a formação e sua condição de produzir mudança nas políticas e práticas de saúde, desmistificando também a potencialidade do incremento formativo de assegurar emprego e mobilidade social.

Nessa lógica, a imprevisibilidade característica dos efeitos da formação, a efemeridade dos saberes, a ávida demanda mercadológica por polivalência profissional, a reconhecida precarização na organização do trabalho em saúde e a concreta incapacidade da formação, ou de qualquer outro fenômeno social, de, isoladamente, promover mudanças nas relações sociais, justificam a afirmação de Canário (1997, p. 133), que conduz a proposição de formação na mudança e não de formação para mudança: “[...] a formação e a mudança confundem-se, então, com processos (concomitantes) de desenvolvimento pessoal e organizacional.”

A proposta de um modelo formativo que intencione problematizar as vivências profissionais, ressignificando as práticas e modificando as estruturas de trabalho surge como instrumento para a gestão de mudanças nos serviços de saúde.

As ações educativas desenvolvidas nas organizações de saúde sob a denominação de ES, continuada ou permanente, refletem atividades imprescindíveis para a complementaridade da formação em saúde e compõem também a formação no trabalho.

Além do papel formativo e modificador, a exigência de programa de educação e treinamento continuado para a melhoria dos processos organizacionais é um dos critérios para a obtenção da certificação de Acreditação Hospitalar, definido pelo Ministério da Saúde (MS) desde 2002, e da certificação em Hospital de Ensino, regulamentada pela Portaria Interministerial nº 1006/2004 (BRASIL, 2004a). Vale ressaltar que ambas podem conceder às organizações contempladas uma fonte de recursos governamentais predefinidos pelas certificações ou assegurados sob regime de pactuação de metas, além do respaldo social que essas titulações conferem e que também ocasionam maior retorno financeiro.

Garanhani et al. (2009) realizaram pesquisa bibliográfica buscando identificar relatos de práticas educativas realizadas nos hospitais e publicadas por enfermeiros em periódicos nacionais entre 1997 e 2007. Entre os achados, as autoras concluíram que os 17 trabalhos avaliados relatavam práticas de EC, organizadas em: programas de orientação inicial para adaptação ao trabalho; programa de treinamento, destinado ao preparo para exercício das atribuições; e programas de aperfeiçoamento que visavam atualização e aprimoramento de habilidades profissionais.

Na percepção das autoras, os relatos examinados não descrevem com precisão aspectos relativos ao planejamento das atividades de educação no trabalho, uma vez que não explicitam claramente os recursos, objetivos, resultados e estratégias de avaliação. E, quando o fazem, “[...] seu planejamento não é totalmente completo; há falta de informação sobre carga horária, estratégias metodológicas e de avaliação, recursos e resultados esperados [...]” (GARANHANI et al., 2009, p. 210). As autoras concluem que “[...] apesar de o enfermeiro participar e organizar atividades educacionais dentro de instituições hospitalares, a publicação de relatos de experiências sobre esta temática ainda é pequena” (GARANHANI et al., 2009, p. 210).

Uma pesquisa na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando a combinação de palavras chave “educação continuada”, “implantação das práticas” e “hospital” e ainda a associação de “educação permanente em saúde”, “implantação” e “hospital” permitiu selecionar, após avaliação dos resumos exibidos, apenas duas

publicações que tratavam da organização e/ou implantação e da implementação de programas de educação permanente em hospitais.

A procura em sites de busca identificou duas publicações que analisaram a operacionalização de programas de educação no trabalho de instituições hospitalares. Já a busca no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) evidenciou três produções desenvolvidas na Bahia, contudo todas tinham por objeto de estudo a atenção básica.

Considerando as lacunas na produção científica acerca da implantação e da implementação das práticas de EPS nas organizações hospitalares, em especial na cidade de Salvador (BA), a complexidade das ações que envolvem o trabalho coletivo no hospital e o reconhecimento da potencialidade de promover, por meio das ações formativas, a análise crítica dos processos de trabalho e oportunizar mudanças nas práticas, percebemos uma preocupação de consolidar a EPS, enfatizando sua contribuição na gestão organizacional.

Neste estudo, adotamos como conceito operacional para EPS aquele que compreende como uma prática polissêmica de ensino-aprendizagem no trabalho e como uma política de educação na saúde cuja finalidade é melhorar a assistência prestada à saúde da população. A EPS fundamenta-se na aprendizagem significativa e organizacional e na participação ativa dos atores (equipes de saúde e gestores) na problematização das práticas, com a intenção de revisá-las e introduzir mudanças que visem à solução efetiva dos problemas oriundos do cotidiano do trabalho.

A aprendizagem, ao configurar um fenômeno formativo, é discutida por Macedo (2010) como uma atividade intencional, inerente ao ser humano, sócio, política e culturalmente determinada, cuja aquisição de saberes reflete-se em revisão e mudanças. Nesta perspectiva, a proposta de EPS propõe a aprendizagem que intenciona formar no trabalho. Para tanto, promove, por meio da problematização, a implementação de um itinerário organizado com o apoio de conhecimentos significativos, eleitos como formativos pelo mundo do trabalho.

A motivação para estudar as concepções de EPS e sua intrínseca relação com o mundo do trabalho advém também da nossa prática como responsável pela gestão e operacionalização do Serviço de Educação Permanente de um hospital de ensino. Nesta vivência, algumas problemáticas inquietaram, entre elas: a ausência de normativas que conduzissem à efetiva implantação da EPS no âmbito hospitalar, a diversidade de responsabilidades atribuídas ao setor de EPS, as fragilidades relativas à formação para a condução dos processos educacionais no trabalho, as dúvidas quanto à efetividade das ações

implementadas, o eventual desconhecimento de reais instrumentos e indicadores avaliativos para essas, além da crença de que todos os problemas do trabalho poderiam ser solucionados por meio de ações educativas.

Faz-se necessária, assim, a realização de estudos que descrevam modelos e estratégias eficazes para a gestão e operacionalização de programas de EP multiprofissionais que tendam a apresentar-se fragilizados pela possível incerteza quanto à sua efetividade, reforçando a necessidade de estratégias passíveis de reprodução e avaliação de alcance das expectativas projetadas.

Compreender o aspecto formativo do hospital e perceber a EPS como potencializadora das transformações no trabalho estimulam a busca por subsídios que favoreçam a análise crítica da organização das práticas educativas nas organizações hospitalares, vislumbrando novas estratégias para a transformação dos processos de trabalho e melhoria da qualidade da assistência.

Assim, a intenção deste estudo é contribuir com a reflexão sobre a implantação e implementação da EPS em um hospital e discutir subsídios para o aprimoramento e fortalecimento das ações de EPS na perspectiva das concepções que fundamentam a aprendizagem no trabalho.

Para tanto, a pergunta norteadora do estudo foi: Como as práticas de EPS têm sido implantadas e implementadas em uma determinada organização hospitalar do município de Salvador (BA)?

O objetivo geral do estudo foi assim formulado: Analisar os processos de implantação e de implementação das práticas de EP em uma organização hospitalar do município de Salvador.

Para alcance deste objetivo, foram seguidos os passos operacionais:

- a) descrever os processos de implantação e implementação das práticas de EPS em uma organização hospitalar do município de Salvador (BA);
- b) identificar avanços na prática e desafios a serem superados na implantação e implementação das ações de EPS na perspectiva das concepções que fundamentam a aprendizagem no trabalho.

As seções e subseções deste trabalho expõem os diversos assuntos, que procuramos abordar de forma organizada. Na seção 2, apresentamos argumentações que subsidiaram as discussões sobre a organização do processo de trabalho em saúde e sua articulação com a

relação entre educação e formação profissional, contextualizando a promulgação e institucionalização das normativas que direcionam a implantação e implementação das práticas educativas nos serviços de saúde. Na seção 3, descrevemos a trajetória metodológica adotada para a escolha do método, seleção do lócus, coleta de dados, elaboração e operacionalização do plano de análise e discussão das categorias analíticas emergentes. Os resultados procedentes da análise e interpretação dos dados são discutidos na seção 4. Nesta seção, foi descrita a implantação da EPS no hospital estudado e confrontados, com o apoio das premissas de educação no trabalho, aspectos relativos à implementação das práticas educativas. Por fim, apresentamos, na seção 5, nossas considerações acerca da temática.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para subsidiar as discussões sobre o fenômeno estudado é necessário aprofundar as discussões sobre a organização dos processos de trabalho em saúde e a sua influência sobre a normatização, implantação e operacionalização de práticas educativas que intencionam repercutir em aprendizagem no trabalho e contribuir para a reorganização do trabalho no âmbito dos serviços de saúde.

2.1 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A organização do processo de trabalho em saúde tem recebido influência dos modos de produção e conseqüente desenvolvimento científico e tecnológico, o que implica no desafio de construir novas práticas, fortalecidas por políticas que alicercem a assistência em saúde e favoreçam a formação profissional crítica e transformadora.

Mendes Gonçalves (1992), ao debater a epistemologia do processo de trabalho em saúde, reforça o caráter teleológico do trabalho humano, no qual consciência e intencionalidade são determinantes do projeto que precede qualquer atividade. Para o autor, ao serem adotadas concretamente na elaboração do projeto e na transformação da matéria-prima utilizada como instrumento para produção de resultados, consciência e intencionalidade conferem especificidade: “[...] o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade” (MARX, 1968², apud MENDES GONÇALVES, 1992, p. 12).

Gorz (2001) caracteriza o trabalho como uma invenção da modernidade, diferenciando-o dos afazeres de subsistência por ser realizado em esfera pública, mediante uma demanda, uma necessidade e uma remuneração, atribuindo ao seu executor uma identidade social que o qualifica, enquanto trabalhador assalariado, como profissional. Nesta perspectiva, Mendes Gonçalves (1992) qualificou o processo contemporâneo de trabalho em saúde como um processo individualizado, executado por agentes sociais, definidos como trabalhadores em saúde, dentro de uma divisão de trabalho social e historicamente determinada, tendo o corpo humano por objeto.

Santos (2012) recorre a Merhy para advertir quanto ao aspecto imaterial e coletivo do trabalho em saúde, considerando que este intenciona o atendimento de necessidades

² MARX, Karl. *O capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

individuais e seu produto, em maioria a assistência/cuidado, é consumido de imediato. Depende do trabalho coletivo, cujas ações são planejadas e executadas por inúmeros agentes sociais, os trabalhadores de saúde, com base na divisão de trabalho estabelecida cuja estruturação é determinante da organização do mercado de trabalho em saúde.

No Brasil, o trabalho no hospital reflete o processo de industrialização que demandou manutenção e recuperação da força de trabalho do proletariado, exigindo maior complexidade nas ações assistenciais e curativas.

No pós-guerra, o modelo de saúde excludente, definido depois da mercantilização da medicina e centrado nas atividades curativas e hospitalocêntricas, ditou a demanda por especialização profissional na saúde. Nesse modelo, foram feitos investimentos majoritários no setor privado (79,5%) e agenciamento para implantação de grandes hospitais com maior complexidade nas ações assistenciais (BAPTISTA, 2005).

A exigência por especialização e diversidade de saberes resultou num processo de trabalho multifacetado, instigando a formação de equipes profissionais que agregam diversidade de competências para a promoção da saúde, viabilizando a eficácia da assistência e da produção. Consoante Peduzzi (2002, p. 85): “A eficácia da produção dos serviços resulta da composição e cooperação do trabalho de distintos profissionais, da complementaridade e interdependência das suas ações.”

A perspectiva da prática interprofissional pressupõe socialização e articulação de saberes específicos, compartilhamento de decisões e colaboração para o desenvolvimento das ações de integralidade na assistência à saúde (PEDUZZI et al., 2013).

O entendimento da concepção de interprofissionalidade e do resultante desta prática coletiva faz-se necessário para a compreensão da integralidade das ações de saúde propostas no Sistema Único de Saúde (SUS). A prática interprofissional possibilita a atuação coletiva de categorias distintas cuja formação e intencionalidade nos processos laborais tendem a assegurar o reconhecimento dos saberes e habilidades específicas e promovem a complementaridade.

Submetidas à organização definida pelo modo de produção no hospital, as equipes partilham ambientação, objeto de trabalho e interação com base em seus referenciais históricos e culturais. Contudo, esse panorama parece não conferir a interprofissionalidade idealizada nas políticas de saúde.

Nessa lógica, Peduzzi (2001) declara que a formação das equipes de trabalho adotada na saúde tende a verticalizar o conhecimento e a favorecer a abordagem exclusivamente técnica e individualizada. Sem assegurar a articulação dos saberes, favorece a hierarquização.

A autora, apoiada no estudo da tipologia do trabalho em equipe, identificou duas modalidades de trabalho: “[...] equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes.” (PEDUZZI, 2001, p. 106).

Tais constatações favorecem a fragmentação e a precarização do processo de trabalho, bem como a fragilização da interprofissionalidade, traduzindo-se em reprodução de modelos arcaicos, mecanização e divisão de trabalho. Esta condição provoca a adoção de elementos que promovam transformação, reorientem as atividades assistenciais e viabilizem, por meio da reestruturação dos processos de trabalho, o fortalecimento das relações interprofissionais e desses com o paciente.

A interprofissionalidade é reconhecida, assim, como condição para a atuação das equipes de saúde no cotidiano dos serviços, pois favorece a comunicação e a articulação que fomentam a prática colaborativa e tende a

[...] evitar omissões ou duplicações de cuidados, evitar esperas e adiamentos desnecessários e ampliar e melhorar a comunicação entre os profissionais, bem como o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais (PEDUZZI et al., 2013, p. 978).

O desafio da articulação de saberes, mediante a promoção de comunicação intrínseca ao trabalho, provoca a discussão acerca das diferenças técnicas e especificidades das atividades especializadas, nas quais a divisão do trabalho ocorre com valoração da interdependência na autonomia técnica, estimulando a elaboração de um projeto assistencial dialógico, composto por ações comuns e específicas, sinalizador de integração no campo das profissões.

Ceccim (2005), ao discutir a fugacidade e diversidade do conhecimento na saúde, reconhece a importância do trabalho em equipe e da socialização do aprendizado para a construção do saber coletivo, entendendo esta prática formativa como ação estratégica para propiciar o aprender a aprender e promover transformações nos modelos de saúde. Para esse autor:

[...] ou constituímos equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientadas pela sempre maior resolutividade dos problemas de saúde das populações [...] ou colocamos em risco a qualidade de nosso trabalho [...] (CECCIM, 2005, p. 163).

O trabalho multiprofissional, inerente às organizações de saúde e fruto da especialização e da divisão do trabalho, demanda investimento em sua estruturação,

acarretando profissionalização das práticas coletivas e otimização dos processos de trabalho em saúde, mediante o fortalecimento da subjetividade e interface de suas relações. Com isso, promove o caráter complementar, dialógico e transversal das atividades coletivas na saúde.

A organização do trabalho na saúde, em particular nos hospitais, diferencia-se, ainda hoje, pela complexidade e diversidades das ações assistenciais e dos processos de trabalho que se articulam para viabilizar a dinâmica de funcionamento ininterrupto da sua estrutura.

Nesse ambiente, a inclusão constante de novos saberes especializados e de novas tecnologias demanda incorporação contínua de profissionais e de novas profissões, que vão surgindo para atender às necessidades geradas por esses saberes e tecnologias. Estas, ao serem agregadas, exigem qualificação profissional para a operacionalização dos novos e antigos recursos (CECCIM, 2005). Nesse contexto, justifica-se a necessidade de aprendizado do trabalho em equipe, que é permanente e inacabável.

A educação no trabalho desponta então como horizonte para um novo trabalhador de saúde que, ao lado da especialização e da diversidade dos saberes, contemple atributos relacionais compatíveis com a assistência à saúde e a prática interprofissional, estimule a visão crítica e sistêmica do trabalho, empatia e liderança e promova a adesão a novas práticas e subsídios para a transformação nos processos organizacionais.

2.2 EDUCAÇÃO NO TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, as discussões políticas que reconhecem a educação no trabalho enquanto estratégia para transformação das práticas de saúde antecedem a concepção do SUS. Foram formalmente apresentadas na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963, com intenção de elaborar um plano nacional de saúde para “[...] ajustar o aparelho assistencial as peculiaridades econômicas e de tornar a política de saúde um instrumento dinâmico para ativar o desenvolvimento” (BRASIL, 1963) e incentivar a municipalização da rede básica de serviços de saúde.

Essa Conferência, sob a condução da Escola Nacional de Saúde Pública, abordou a situação médico-sanitária, evidenciando a subutilização da rede hospitalar e a distribuição irregular de profissionais de saúde qualificados nas regiões subdesenvolvidas. Apontou, também, a preocupação em estimular o aproveitamento da rede hospitalar, além de investir na pesquisa e na formação profissional técnica para modernizar a saúde e atender às demandas dos programas de saúde, mediante revisão curricular e descentralização do ensino (BRASIL, 1963).

A perspectiva de formação profissional defendida na III Conferência propagou a formação direcionada às necessidades de saúde da população de cada município para atuação no setor público e no emergente setor privado, em escala e complexidade compatível com a demanda específica de trabalho. Formalizou, assim, uma proposta pioneira de desenvolvimento das ações formativas no local de trabalho como estratégia para minimizar custos da formação e ajustar o trabalhador ao seu meio de trabalho (BRASIL, 1963). Farah (2003, p. 123) argumenta:

[...] a preocupação de se fazer processos educativos para os recursos humanos vem sendo referendada desde a III Conferência Nacional de Saúde - 1963, propondo essa atividade como forma de evitar o desajustamento técnico em relação aos recursos do meio e de evitar a fuga do técnico do local de trabalho.

O relatório da III Conferência, com vistas a solucionar dificuldades relacionadas à disponibilidade de profissionais especializados para a implantação das ações sanitárias municipalizadas, recomenda, formalmente, estratégias para promover a formação do profissional menos qualificado. Para tanto, definiu ações educativas rápidas, pontuais e práticas a serem direcionadas a esses candidatos (BRASIL, 1963).

Assim, passam a configurar, no Brasil, as primeiras normativas para implantação nos diversos níveis de organização e complexidade assistencial da ES, modelo educativo visualizado como passível de propiciar adequação profissional ao trabalho, conferindo aprimoramento técnico para o desempenho das demandas institucionais, mediante o acúmulo de habilidades.

Este aspecto é ressaltado por Farah (2003, p. 124) em sua análise sobre a evolução da educação profissional na saúde: “A educação em serviço foi o primeiro conceito a ser operacionalizado, conforme sugere o histórico das Conferências Nacionais de Saúde, como forma de ajustamento dos profissionais às necessidades de saúde nos serviços públicos, principalmente nas décadas de 60 e 70.”

O crescimento da demanda de mão de obra qualificada para operar novos recursos e assegurar a complexidade técnica da assistência, fomentando a educação contínua como estratégia para a formação em serviço, teve início, no Brasil, durante a ditadura militar. Nesse momento é incentivada a estrutura mercantilista da saúde, distinguida pelo complexo médico-assistencial privatista, pela intensificação no uso de tecnologias e pelo estímulo à medicina curativista (LEMOS, 2010).

Em agosto de 1967, foi promovida a IV Conferência Nacional de Saúde (CNS) com o intuito de debater a avaliação de recursos humanos e a formação de pessoal para o

desenvolvimento das ações de saúde. O evento trouxe à tona discussões acerca dos diversos níveis de formação profissional e o desenvolvimento de ações para a formação orientada à solução dos problemas de saúde (BRASIL, 1967). Sob a influência da Organização Mundial da Saúde (OMS), difundiu a relação entre desenvolvimento socioeconômico e saúde, a dependência da qualidade da formação da força de trabalho em saúde para alcance do desenvolvimento, e a importância das ações de educação e treinamento e da atuação de equipes profissionais de saúde (BRASIL, 1967).

Justificadas pela urgência no investimento em formação profissional, as recomendações prescritas pela OMS influenciaram a organização das atividades de trabalho e as estratégias formativas aplicadas aos trabalhadores de saúde, incentivando a adequação curricular às necessidades do país e à divisão técnica do trabalho, para otimizar o uso do tempo do trabalhador qualificado. Com isso, limitou a formação a seu uso utilitarista na saúde:

Uma distribuição judiciosa de funções, entre o pessoal médico e o para-médico de um lado e os respectivos auxiliares de outro resulta em economia, em primeiro lugar de pessoal profissional qualificado, e em segundo do tempo gasto em seu treinamento, pois importaria em reduzir a um mínimo o número de pessoas cuja formação é mais demorada e mais complexa (BRASIL, 1967, p. 53).

Elencando práticas de capacitação contínuas e aprimoramento em serviço complementares à educação formal e realizadas no trabalho, a proposta da IV Conferência diferenciou-se por estimular a participação ativa do profissional na sua aprendizagem, a interação com instituições de ensino e incentivar a motivação para que o aprender se dê por meio da formação generalista.

Ao contemplar o desenvolvimento de habilidades que repercutissem em transformação e desenvolvimento de novas potencialidades para o profissional, essa proposta incitou novas projeções nas práticas formativas no trabalho em saúde, valorizando “[...] o ensino no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, vinculado a todas as formas de pesquisa e, sobretudo, a prática diária” (BRASIL, 1967, p. 186).

Tal desenho configura a prática de EC, com íntima relação com os objetivos organizacionais e políticos, definida por Ceccim (2005, p. 162) como ação formativa que “[...] pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos”.

A crise política e econômica do final da década de 1970, que culminou com o declínio do governo militar, favoreceu a organização do movimento reformista em prol da democratização, do controle social para a universalização do direito à saúde e da integralidade

nas ações públicas de saúde, suscitando reformulações no modelo assistencial hospitalocêntrico e curativista, assim como na lógica das organizações.

As críticas à excessiva especialização e visão biologicista da prática médica fundamentaram a proposta de saúde coletiva que, propondo mudanças no comportamento dos profissionais de saúde, alicerçou o movimento da Reforma Sanitária e influenciou a formação no trabalho em saúde. Lemos (2010, p. 25) admite que

[...] o movimento da reforma sanitária esteve marcado por dois pontos centrais: um processo de reformulação teórica, que contrapunha ao modelo hospitalocêntrico/curativista/mercantil, e outro de articulação política, que inseria a saúde nas reivindicações do processo de abertura política.

As décadas de 1970 e 1980 marcaram iniciativas de EC como estratégias para a formação de recursos humanos para a saúde. Norteadas pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos na Saúde da Opas que “[...] assumiu o papel de dinamizar esses esforços que buscavam viabilizar a transformação das práticas de saúde nos serviços, a partir da modificação nas práticas educativas” (VIEIRA, 2008, p. 344), as propostas educativas intencionavam que “[...] trabalhadores do setor fossem capazes de analisar seu contexto de trabalho, identificar problemas, promover a participação e tomar decisões no processo de trabalho” (VIEIRA, 2008, p. 344).

A Educação na saúde passou a configurar, nesse contexto, instrumento social e transformador que repercutiu na organização dos processos de trabalho, suscitando, para o profissional, a promoção de métodos educativos que provocassem o “aprender a aprender”, subsidiando a avaliação crítica e reflexiva de suas práticas, como estratégia de enfrentamento e mudança (RICALDONI; SENA, 2006).

Cabe ressaltar a distinção entre os modelos educacionais propostos no e para o trabalho em saúde e a chamada “educação corporativa”, estratégia emergente na década de 1990, que consistiu no desenvolvimento, pela empresa, de um projeto educacional visando a aprendizagem contínua por meio do acúmulo de saberes para cumprimento das diretrizes organizacionais. Santos e Ribeiro (2008, p. 151) avaliam que

Um modelo de educação profissional pautado pelo mercado e tendo como principal finalidade a disseminação da cultura organizacional e o atendimento do plano estratégico da empresa, não atende à necessidade social de um projeto de formação humana comprometido com a construção de justiça social e a igualdade.

A VII CNS, realizada em 1980, encetou propostas consolidadas de reformas na saúde. A redação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), em

1981, formalizou a identificação de severas distorções no modelo de saúde, fortalecendo movimentos populares que promovessem o rompimento com o modelo excludente de assistência previdenciária vigente (BAPTISTA, 2005).

A legitimação do SUS pela Assembleia Nacional Constituinte, em 1988, baseada em diretrizes oriundas da construção coletiva promovida pela VIII CNS, realizada em 1986, demarcou a expansão das concepções e da universalização do direito do cidadão comum à saúde. Configurava-se, então, um novo modelo de organização nos serviços, com fundamento nos princípios de universalização, integralidade, descentralização e participação popular sob a guarda da Seguridade Social (BAPTISTA, 2005).

Fruto do fortalecimento político da Reforma Sanitária e da participação popular, o SUS determinou uma nova organização dos serviços de saúde e de seus processos de trabalho, definindo a formatação de um novo profissional de saúde que, politicamente consciente da conquista e socialmente comprometido com sua eficiência, participasse ativamente da efetiva implantação do Sistema.

O ideal de educação contínua, que reconhecesse o potencial formativo das organizações de saúde, adquiriu *status* na década de 1980, depois da legitimação do SUS, evidenciando a necessidade de investimento na formação profissional para promover o modelo de saúde emergente, sendo atribuída ao Estado a responsabilidade pela formação profissional na saúde.

A influência exercida pelo contexto histórico e produtivo no desenho das estruturas educacionais é destacada ao se analisar a origem das concepções de EPS, possibilidade discutida no país com base na mobilização pela Opas, na década de 1980, com a intenção de obter, por meio da educação, a reestruturação na saúde. Mathias (2010, p. 12) admite que “[...] era preciso elaborar uma estratégia capaz de promover a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano de seus processos de trabalho [...]”

Com o intento de consolidar os princípios do novo Sistema e assegurar a normatização e a qualidade no desenvolvimento das ações de saúde, bem como reduzir custos na sua operacionalização, é atribuída ao Estado a responsabilidade de assegurar a formação em saúde, instrumentalizando e conferindo autonomia para a gestão do trabalho e consciência política para materializar a reforma sanitária (FARAH, 2003). De acordo com a autora:

[...] através da Lei 8.080/90, tornou-se premente a organização de processos educativos para se implantar e implementar o SUS, com vistas ao modelo assistencial preconizado e também para atender ao Artigo 200 que regulamenta “que é função dos municípios ordenar e formar os recursos humanos” (FARAH, 2003, p. 124).

No Brasil, a constatação de fragilidades relativas à formação para a prática assistencial no nível médio, além de distorções na formação superior, discutidas nas 1ª e 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde, realizadas em 1986 e 1993, respectivamente, propiciaram discussões que promoveram a formação de recursos humanos como estratégia para melhoria da qualidade na saúde, reforçando a necessidade da educação para o trabalho na tentativa de coesão para “[...] dicotomia entre conteúdo teórico e prático, entre ciclo básico e ciclo profissionalizante” (PIERANTONI; MACHADO, 1993, p. 29).

Ferraz et al. (2012, p. 121), em sua revisão, apontam o Programa Larga Escala, desenvolvido nas décadas de 1980 e 1990 para promover transformações sociais por meio da qualificação de trabalhadores sem formação específica para o trabalho, como “[...] o precursor de uma nova postura pedagógica para formação de recursos humanos na saúde, pois introduziu, nos processos de capacitação dos serviços de saúde, o método pedagógico da problematização [...]”

A realização periódica das Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), como abrangência das CNSs, ao longo das décadas seguintes, oportunizou ambientes de discussão sobre os processos de trabalho e formação profissional para o SUS, refletindo o contexto econômico e a organização do trabalho em saúde vigentes.

A I CNRHS, realizada em outubro de 1986, evidenciou a incongruência entre formação de mão de obra e necessidades de saúde, condição que, associada à precarização nas relações de trabalho e à ausência de políticas de recursos humanos efetivas, não favorecia a implantação da Reforma Sanitária. Iniciou-se, assim, a articulação de propostas que concretizassem a “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”, entre elas a reestruturação da organização do trabalho nas organizações de saúde e o treinamento de ingressos, a ser realizado por ambientação e integração, redirecionando a formação profissional por meio da incorporação da EC e promovendo a inserção do trabalhador de saúde em um novo desenho para o trabalho em equipe (BRASIL, 1986).

A Conferência promoveu ainda discussões sobre a interface ensino e serviço na formação profissional, criticando a dissociação existente entre a teoria e a prática na formação e as estratégias verticalizadas de aprimoramento profissional, propondo a EC para a reorganização dos serviços e integração interprofissional (BRASIL, 1986). O Relatório Final dessa Conferência assim conceitua EC:

[...] processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientela institucionais, tendo em vista a real necessidade do usuário. Ela surge da necessidade de passar informações contínuas, de atualizar, de renovar conceitos, mas não deve ser entendida como um substituto de lacunas ocorridas durante a graduação. Serve também para a adaptação do conhecimento técnico do profissional aos serviços da instituição e ao aprimoramento destes serviços (BRASIL, 1986, p. 26).

A concepção de EC, expandida na I CNRHS, alerta para a necessidade de mediação no processo de aprendizagem no trabalho, denotando o direcionamento do investimento profissional para as necessidades assistenciais da população e para a participação do profissional na gestão do SUS. Ao propor sistematizar a integração ensino serviço como veículo de formação e produção de conhecimento para a organização dos serviços, após a inclusão de Hospitais de ensino e centros de saúde, esse modelo de educação assumiu o papel formativo do contexto laboral.

Farah (2003, p. 126) atribui à EC a complementaridade da formação profissional direcionada às necessidades de saúde por meio da aproximação dos profissionais com a realidade de saúde, “[...] auxiliando-os a aproximarem-se da realidade social e oferecendo subsídios para que possam entender e atender as necessidades de saúde da população e contribuir para a organização dos serviços com as mudanças necessárias ao atendimento das demandas”.

Fagundes e Burnham (2005) reforçam a proposta da I CNRHS, ao reconhecerem a íntima relação entre aprendizagem e o espaço no qual esta se dá, considerando estratégica a oportunidade de construção de conhecimento baseado na interação entre as pessoas e o mundo do trabalho para consolidar a visão crítica acerca da pluralidade desses processos de formação nas organizações de saúde:

[...] buscando compreender como estas experiências podem contribuir para o desenvolvimento de aprendizagens plurais, extrapolando o limite das puramente instrumentais/ técnico/científicas, hegemonicamente demandadas pelos currículos de formação de profissionais de saúde. (FAGUNDES; BURNHAM, 2005, p. 106).

A despeito de todos os movimentos para normatizar a formação profissional na saúde, a recorrente evidência da ausência de políticas educacionais para trabalhadores da saúde e a identificação de fragilidades na formação desses profissionais culminaram na elaboração e promulgação, em 1996, durante a 10ª Conferência, da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH), visando à instrumentalização dos gestores, formadores, trabalhadores e usuários para lidar adequadamente com as questões referentes ao processo de trabalho e aos trabalhadores (GARCIA, 2010).

Na tentativa de promover a formação profissional direcionada às necessidades de saúde, atendendo às demandas das CNS, importantes programas para a formação profissional foram concebidos e representaram avanço significativo na qualificação do trabalhador de saúde. Dentre eles, destacam-se: Capacitação e Formação em Saúde da Família, Projeto de

Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), Programa de Qualificação e Aperfeiçoamento de Gestores de Serviços de Saúde, Programa de Interiorização para o Trabalho em Saúde (PITS), Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), Mestrados Profissionais e Cursos de Formação de Conselheiros (BRASIL, 2004b).

A essas estratégias educativas foi atribuído caráter instrumental, desprovido de reflexões críticas à organização do trabalho em saúde, que, na avaliação do MS, não favoreceram à transformação das práticas dominantes dos sistemas de saúde (BRASIL, 2004b). Ferraz et al. (2012, p. 123) constataram que “[...] as ações de EPS realizadas até o ano de 2003 tinham um caráter pontual, com uma lógica de programas”.

Em 2003, a 12ª CNS, denominada Conferência Sérgio Arouca, com o lema “Saúde se faz com gente”, representou um marco na concepção da formação profissional para a transformação do modelo vigente de atenção à saúde. A proposta de uma educação problematizadora, transformadora da *práxis* da saúde, surgiu como alternativa na busca da materialização dos princípios do SUS na assistência. O Relatório da 12ª CNS norteou a regulamentação da gestão para educação e saúde no SUS, ao reconhecer a responsabilidade legal desse Sistema pela gestão da educação profissional na saúde e atribuir à capacitação e à interdisciplinaridade a possibilidade de transformar o modelo de atenção para qualificação dos serviços (GARCIA, 2010).

Nesse mesmo ano, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), integrante da recém-criada Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), ao argumentar sobre a desarticulação e fragmentação das ações isoladas de qualificação, concluiu que são ineficientes para promover transformações na organização dos serviços de saúde e nas práticas assistenciais, e propôs a criação de política para EPS para o SUS (BRASIL, 2004b).

A publicação, pelo Deges, em 2004, da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS demarca o atributo da educação profissional, de “[...] transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços [...]” (BRASIL, 2004b, p. 8). Conforma, assim, a normatização de investimentos e mobilizações em prol da EP para o trabalhador de saúde.

A EPS assume, portanto, de acordo com Kruger e Schippling (2010), os pressupostos disseminados por Paulo Freire e que nortearam a educação de adultos na década de 1960, em contrapartida aos conceitos tradicionais de educação, compreendida como instrumento alienador e disciplinador. Os autores apoiam-se em Adorno para afirmar que “[...] a educação

no contexto das condições sociais existentes aliena o ser humano de si próprio, podendo se definir como ‘semieducação’, como símbolo de estatuto ou como isolamento da disciplina [...]” (KRUGER; SCHIPPLING, 2010, p. 223).

As concepções de educação de adultos estão fundamentadas na Pedagogia Crítica, teoria educacional que propõe práticas de ensino e aprendizagem que fomentem o desenvolvimento da consciência crítica e autônoma, compreendida como condição para a libertação de condições sociais opressivas e para a criação e transformação da realidade (HAMILTON, 2012).

Nessa lógica, o compromisso com a libertação está vinculado a uma postura radicalizada, revolucionária, criativa e libertadora, na qual é imprescindível conhecer profundamente a realidade e estar inserido em seu contexto, para que seja possível transformá-la (FREIRE, 2011).

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS) E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

As diretrizes disseminadas após a publicação da “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2004b) norteiam e estabelecem as bases para a organização da primeira versão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em fevereiro de 2004.

Os alicerces estabelecidos na 12ª Conferência desenham, em articulação com instituições de ensino, serviços de saúde e comunidade, uma proposta estruturada de formação para trabalhadores de saúde. Esta proposta prioriza novas práticas pedagógicas para a formação, focada na atenção básica e gerenciada pelos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), configurando um ambiente propício às mudanças.

A PNEPS, instituída pela Portaria nº 198/GM (BRASIL, 2004c) como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS, adotou as premissas propostas na Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (BRASIL, 2004b).

O planejamento de ações educativas direcionadas às necessidades de saúde e à transformação do exercício profissional condiciona e expande a EP no país, por meio da adoção de estratégias problematizadoras que favorecem a reflexão crítica sobre os processos de trabalho experimentados no cotidiano das organizações. A EP, é assim definida na Portaria nº 198/GM, de 2004 (BRASIL, 2004c, p. 6):

[...] é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação [...] tomem como referência as necessidades [...] tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

A PNEPS, normativa para ações de educação profissional, pressupõe revisão e transformação de processos de trabalho, com base em projeção de ambientes pedagógicos que promovam a problematização das práticas operacionais e gerenciais, refletindo em interdisciplinaridade (BRASIL, 2004c).

Para Ceccim e Ferla (2008, p. 162), EP constitui uma prática de ensino-aprendizagem, que apresenta semelhanças com a educação popular, contudo “[...] tem em vista o trabalho [...] os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança”, apoiando-se na problematização e na aprendizagem significativa. Ao compreender a EP como política de educação na saúde, os autores consideram a “[...] contribuição do ensino à construção do Sistema Único de Saúde (SUS)” (CECCIM; FERLA, 2008, p. 163), expressando uma opção político-pedagógica.

Além de nortear a formação profissional do trabalhador de saúde do SUS, a PNEPS traz em seu texto a distribuição de recursos do MS para viabilizar os PEPS, instâncias responsáveis pela implementação de projetos que fomentem suas diretrizes. Apesar de considerar as variáveis que influenciam o processo formativo nas organizações de saúde, a proposta atribui aos Polos ações que gerem mudanças na saúde: “Os Polos deverão funcionar como dispositivos do Sistema Único de Saúde para promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde [...]” (BRASIL, 2004b, p. 11).

Os PEPS constituíram rodas de debate para a construção coletiva com a intenção de promover integração interinstitucional entre educação e trabalho, formação e intervenção na realidade e mobilização de recursos para indução de transformação e mudanças, elaborando política para sua consolidação. Estas ações devem estar articuladas locorregionalmente, com a participação de gestores estaduais, municipais, instituições de ensino, serviços de saúde, centros formadores, estudantes e trabalhadores de saúde (BRASIL, 2004b).

Preocupada em promover ações educacionais que partam da problematização de processos de trabalho para a construção coletiva de novas estratégias de gestão e operacionalização dos serviços de saúde, a normativa propõe a formação no trabalho para mudança das práticas através da EP (BRASIL, 2004b).

Fagundes e Burnham (2005) comungam com Canário (1997) o questionamento sobre o atributo da formação como fomentadora de transformações no mundo do trabalho. Canário

(1997) sinaliza os limites da formação para a mudança, reforçando a imprevisibilidade de seus efeitos, considerando o contexto de inserção do trabalho e as dimensões pessoais e sociais que envolvem os sujeitos da formação.

Apesar de assumir postura crítica diante do modelo educacional tecnicista vigente, a PNEPS não clarifica a responsabilidade pela gestão do processo de aprendizagem no trabalho. Sem explicitar estratégias que promovam a formação crítica e reflexiva e favoreçam a reavaliação dos processos de trabalho vigentes, o desenho de educação no trabalho proposto não considera as limitações do trabalhador para a autoformação e para a proposição de mudanças no âmbito do trabalho em saúde. A proposta de um modelo formativo que intencione modificar as estruturas de trabalho não deve minimizar a importância das ações de educação técnicas, pontuais, complementares, voltadas para a atualização e o aprimoramento do trabalho realizados no âmbito das organizações.

Sistematizadas sobre a nomenclatura de educação em serviço ou continuada, essas ações educativas podem traduzir práticas pedagógicas complementares, contudo não hierarquizadas, diferenciando-se teoricamente pela frequência, complexidade das ações, participação do profissional em seu processo formativo, vinculação com projetos institucionais e relação com a transformação da organização do trabalho.

Essa evolução conceitual e operacional das ações formativas planejadas e desenvolvidas no trabalho promoveu denominações distintas para a educação no trabalho que merecem ser discutidas, uma vez que podem traduzir práticas pedagógicas imprescindíveis para a complementaridade da formação em saúde e para o desempenho das atividades assistenciais e gerenciais na dinâmica de qualquer serviço de saúde. Essas práticas compõem também a formação no trabalho e se apresentam como ES, EC ou EP.

Paschoal, Mantovani e Méier (2007) conferem à ES a continuidade do processo educativo, aproximando o trabalhador do desenvolvimento científico e tecnológico. Para as autoras, as ações de ES se dão por “[...] orientação ou introdução ao trabalho; treinamento; atualização; e aperfeiçoamento, aprimoramento ou desenvolvimento” (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007, p. 480).

Farah (2003) descreve ES como um conjunto de práticas educativas iniciais que aprimoram conhecimento técnico com base em demandas institucionais, destacando a EC como um processo de atualização permanente, mediante a inserção do profissional no contexto educacional, preparando-o para avanços técnicos e científicos.

Souza, Cruz e Stefanelli (2006), ao revisarem conceitos de EC, trazem os movimentos históricos educacionais das décadas de 1950 e 1960 que influenciaram o ideal de

aprendizagem contínua, como condição de adequação do ser humano às mudanças e às inovações tecnológicas. Desta lógica foram emanados os conceitos de EC para a saúde, que se fundamentam no aprimoramento e aperfeiçoamento profissional, por meio da aquisição progressiva de competências complementares à formação básica, com vistas à atualização e qualificação para o trabalho, “[...] a aprendizagem é por toda vida, e deve respaldar-se nos princípios de educação de adultos, que é a população para a qual os programas de educação continuada ou contínua em enfermagem são direcionados” (SOUZA, CRUZ; STEFANELLI, 2006, p. 106-107).

Garanhani et al. (2009) reconhecem a importância da EC para o aprimoramento e desenvolvimento das competências profissionais. Atribuem-lhe, por princípio, o caráter esporádico das ações e o direcionamento ao trabalho uniprofissional, que visa a prática autônoma e reforça a fragmentação, enfocando a atualização técnico-científica por meio da pedagogia da transmissão, “[...] enfatizando as necessidades da organização e o aperfeiçoamento individual dos profissionais” (GARANHANI et al., 2009, p. 208).

Em contrapartida, as autoras caracterizam a EP pela busca da prática institucionalizada das ações multiprofissionais, que objetiva a transformação contínua das práticas, fundamentada na resolução de problemas e na participação dos trabalhadores.

Ceccim (2005, p. 161) discute a inserção da EPS na “atualização cotidiana das práticas” e na “construção de relações e processos” que implicam agentes, instituição e políticas na reflexão dos problemas de saúde. Argumenta ainda que a EPS pode configurar ES, EC ou educação formal, quando alia ensino e trabalho e, sensível às vivências situadas no cotidiano do trabalho, propõe-se a promover mudanças.

Ceccim (2005) e Farah (2003) trazem o cerne político que caracteriza a EPS em sua essência transformadora, intencional, centrada no processo de trabalho, na autogestão e experimentação para a mudança da realidade com base na aprendizagem no trabalho.

A formação, propagada como uma das condições para que se estabeleçam os novos modelos de atenção nos serviços de saúde, tem, na concepção de EP, uma forma de organização das práticas educacionais dirigidas aos profissionais de saúde que contempla planejamento e execução de atividades pedagógicas relativas a ES e EC. Seu diferencial encontra-se explicitado na intenção do desenvolvimento das ações educacionais voltadas no e pelo trabalho em saúde.

Assim, a primeira versão da PNEPS, publicada em 2004, tem por mérito normatizar, nas organizações de saúde, o investimento na formação do profissional do SUS e mobilizar trabalhadores e gestores para a participação ativa na organização do seu trabalho.

Lemos (2010, p. 63) aponta as incongruências do arcabouço legal que repercutiram na sua eficácia: “[...] descontinuidade do funcionamento do programa; ausência de critérios para avaliar projetos com geração de discricionariedade por parte da equipe técnica responsável por isso; recentralização da decisão [...] e a negligência da participação da gestão estadual.”

A autora salienta que tais ocorrências, atreladas à morosidade na aprovação de projetos e liberação de recursos, dificultavam o planejamento e a execução dos projetos pedagógicos. Além disso, a realização de ações educativas pontuais descaracteriza os ideais de continuidade da EPS, enfraquecem a política e culminam com sua reestruturação pelo Pacto da Saúde de 2006.

A promulgação da Portaria GM/MS nº 1.996, em agosto de 2007 (BRASIL, 2007b), ao redefinir a logística da EPS, a reconhece como tática a ser adotada pelos serviços na revisão de processos de trabalho, com base na problematização das práticas operacionais e gerenciais. A normativa favorece à formalização das ações de educação no trabalho, projetando os ambientes pedagógicos enquanto oportunidades para a otimização dos processos de trabalho, melhoria na qualidade, segurança da assistência e uso racional de recursos dos sistemas de saúde.

A substituição da gestão locorregional dos PEPS pelo Colegiado de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), centraliza a elaboração do Plano de Ação Regional da EPS, oportuniza a participação de gestores de saúde, fomenta novas fontes financiadoras de projetos consistentes com a intenção de institucionalização da PNEPS, contudo não favorece a interlocução com instituições formadoras (LEMOS, 2010). A PNEPS é assim avaliada por Lemos (2010, p. 68):

A grande marca da PNEPS é seu processo de institucionalização, colocando o serviço como seu grande planejador [...] busca-se “secundarizar” o papel das universidades [...] nos processos decisórios. Busca-se uma aproximação da ideia do trabalho como o desencadeador e organizador dos projetos de EPS [...]

Ao identificar fragilidades nas ações para mudança do modelo de atenção e consolidação dos princípios do SUS, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) incorporou a EPS como diretriz, por meio da Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (PEGTES), discursando pelo fortalecimento da educação na saúde baseada na qualificação profissional e no controle social, adotando o trabalho como “princípio educativo” e a educação como “prática transformadora” (BAHIA, 2011).

Ao descrever as etapas que envolveram a elaboração da PEGTES, Pinto e Teixeira (2011, p. 1786) reafirmaram que a normativa assumiu a EPS como “[...] estratégia para o fortalecimento

dos processos de mudança na gestão e na organização da prestação de ações e serviços”. Salientam ainda os investimentos realizados para promover a capacidade formativa do SUS:

Nessa perspectiva, foram desencadeados vários projetos contemplando a transformação dos espaços de trabalho em áreas de formação e educação permanente, por meio da reorganização dos cenários de práticas/estágios na rede SUS e do envolvimento das equipes e dos trabalhadores/técnicos como agentes multiplicadores da política. (PINTO; TEIXEIRA, 2011, p.1786).

As diretrizes da PNEPS e da PEGTES instituem a educação no trabalho como proposta formativa para trabalhadores, reconhecem o potencial formativo e significativo do trabalho e elegem a EPS como estratégia técnico-política para a qualificação profissional e melhorias na atenção, gestão e controle social.

Ao adotar o trabalho como princípio educativo, no qual a educação pode transformar e favorecer a corresponsabilidade, a PEGTES ressalta a interface entre gestão do trabalho e educação e vislumbra, na articulação entre desenvolvimento de competências, ambiência e interdisciplinaridade, condição para humanização das práticas e consolidação dos princípios do SUS (BAHIA, 2011).

Para a transformação dos modelos assistenciais vigentes na perspectiva da interdisciplinaridade, é preciso considerar o conhecimento prévio e a possibilidade de reconstrução deste como condição para o efetivo processo de ensino-aprendizagem no trabalho fundamentando a aprendizagem significativa.

Trata-se de estratégia progressiva, na qual o aprendiz não é receptor passivo, utiliza de forma autônoma seus saberes prévios para apoiar novas aprendizagens, mas está disposto a romper com conceitos e analisá-los criticamente para descobrir novas possibilidades e produzir seu conhecimento que possa refletir em transformação (MITRE et al., 2008).

As disposições de diretrizes ministeriais para a implantação da PNEPS fornecem normativas para a organização dos processos de educação em saúde, propondo que as ações educativas em serviço de saúde fomentem a análise dos processos de trabalho, na perspectiva do “[...] cotidiano das pessoas e das organizações [...] a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm” (BRASIL, 2007b, p. 21).

Davini (2009) identifica a capacitação como a tática mais utilizada na educação dos profissionais de saúde e critica sua adoção como estratégia isolada para promoção da formação desses recursos humanos. A autora reconhece a importância das ações de capacitação na melhoria do desempenho profissional, contudo ressalta que essas ações não

configuram aprendizagem organizacional e estratégia de mudança institucional, intenção primordial da EPS, cujo diferencial estaria na proposição de redesenhar os processos de trabalho, por meio da problematização.

De acordo com Nakatani, Carvalho e Bachion (2000, p. 2), a Pedagogia da Problematização apresenta-se como estratégia para fomentar a análise crítica dos processos de trabalho, uma vez que, “[...] pressupõe o contato com a realidade e valoriza as experiências prévias das pessoas envolvidas, o que fará a ponte entre os conhecimentos já assimilados sobre o assunto e as experiências pessoais vividas [...]”.

O conceito de Problematização é discutido por Zanotto e De Rose (2003, p. 47) como a “[...] habilidade de relacionar de forma coerente e sequencial três momentos: identificação de um problema, busca de explicação e proposição de soluções” e compreende que situações autênticas, emanadas do cotidiano e que despertem o interesse do sujeito, podem conduzir à busca de estratégias para modificação da realidade.

A EP continuada ou em serviço são estratégias a serem implementadas em organizações de saúde. Defini-las como sinônimas ou complementares não impede reconhecer os limites e méritos de cada modalidade educativa na formação de equipes integradas, críticas e motivadas a buscar a melhoria nos seus processos de trabalho, vislumbrando maior segurança e eficiência nas ações de promoção à saúde na sua integralidade.

A análise assistemática do exercício da EPS permite inferir que práticas pedagógicas favoráveis à revisão da organização dos processos de trabalho não vêm sendo aplicadas no âmbito hospitalar. As ações educativas, focadas no aprimoramento técnico e definidas por meio de estratégias para o levantamento de necessidades de capacitação que não contemplem a participação dos trabalhadores, não refletem as necessidades de saúde da população e não oportunizam ambientes pedagógicos que conduzam à discussão das práticas e promoção de mudanças.

Faz-se necessário também contextualizar a organização do sistema em que estão inseridos trabalhadores e usuários, no qual a flexibilização das relações de trabalho, a fragilidade imposta pelas novas formas de gestão, o apelo à alta complexidade e à desestruturação funcional dos serviços compõem o panorama de saúde vigente, resultante do desinvestimento histórico na promoção da saúde no Brasil.

Este cenário no qual se desenvolvem as ações de saúde, caracterizado pela precarização e incremento da produção tecnicista e mecanicista, favorece o encantamento pelo trabalhador polivalente, respaldado na maximização dos conhecimentos e habilidades

técnicas, em detrimento de atitudes que promovam a integralidade e o desenvolvimento de competências socioafetivas inerentes à identificação de necessidades assistenciais com base na interação profissional-usuário (PEDUZZI, 2002).

Transformações no trabalho em saúde demandam reformulação nas suas estruturas, pois contextos que favorecem a precarização tendem ao estranhamento, comprometem a segurança, a qualidade e impactam diretamente na efetividade de modelos assistenciais que demandem coparticipação para a integralidade.

As expectativas relativas à potencialidade da formação para produzir o protagonismo dos trabalhadores para gestão e modificação das práticas devem reconhecer a impossibilidade da educação e, isoladamente, produzir transformações na atual conjuntura dos serviços de saúde. Nessa circunstância, a política de saúde do estado da Bahia explicita o investimento na reorganização, valorização e gestão do trabalho (BAHIA, 2011).

Dessa forma, é imprescindível focar as ações de educação no aprimoramento profissional para a construção do pensamento crítico e o incentivo à integralidade e à visão sistêmica, cuja implicação seja a avaliação coletiva dos processos de trabalho, valorização das habilidades e competências existentes, baseada na produção ou consolidação de saberes que promovam a segurança e a otimização do uso de recursos.

Esta circunstância induz à necessidade iminente de incorporação de estratégias pedagógicas efetivas, que, respaldadas na análise crítica dos processos de trabalho e suas interações pelos atores envolvidos, direcionem para a transformação das práticas, redesenhando modelos assistenciais que atendam às necessidades e vislumbrem a promoção da saúde em sua integralidade.

Nas normativas federal e estadual, a EPS é valorizada como estratégia para este fim. Para sua operacionalização e incorporação às organizações, abordam o planejamento coletivo e participativo com base no mapeamento de necessidades, identificação de perfil epidemiológico e colaboração dos atores envolvidos nos processos de elaboração até a implementação das propostas educativas (BAHIA, 2011; BRASIL, 2007b).

A vivência da pesquisadora em gestão e operacionalização de EPS em organizações hospitalares oportunizou a experimentação de diferentes estruturas hierárquicas dedicadas a este fim. Nessas realidades, a coordenação dos processos de trabalho inerentes à EPS costuma ser exercida por enfermeiras ou psicólogas, com subordinação aos departamentos de enfermagem, à área de qualidade ou ao setor de recursos humanos, resultando, algumas vezes, em divisão das atividades educativas em “programas de desenvolvimento técnico”, e “programas de desenvolvimento comportamental”.

As ações de educação no trabalho cujo planejamento não contemplam a participação efetiva dos trabalhadores utilizam abordagens instrumentais e ferramentas para a avaliação da efetividade de suas ações limitadas ao somatório do tempo dedicado às atividades de treinamento e ao número de trabalhadores presente nessas práticas. Assim, apresenta-se um modelo formativo dissociado do contexto problematizador do trabalho, voltado, em sua grande maioria, exclusivamente para equipes de enfermagem e de apoio, negligenciando outras categorias profissionais e o trabalho em equipe. Fagundes et al. (2010, p. 10) confirmam essa percepção ao afirmar:

A educação permanente é pouco compreendida e na maioria das vezes identificada e praticada apenas como capacitações e treinamentos, sem uma vinculação direta com a problematização de situações do trabalho e com ações que visem introduzir mudanças nas práticas em saúde.

Em ambos os arranjos hierárquicos, a necessidade de autonomia para a tomada de decisão, o conhecimento da sistemática de funcionamento do organismo hospital e da interface entre suas diversas áreas assistenciais e de apoio técnico-administrativo é condição para o planejamento e a operacionalização de práticas pedagógicas que promovam a discussão e a revisão de processos de trabalho que permeiem a prática interprofissional.

Fagundes et al. (2010) identificam o perfil da enfermeira como condizente para a coordenação dos projetos de EPS, uma vez que é atribuída a esta profissional a coordenação dos processos de trabalho em saúde e a responsabilidade direta pelas ações ligadas à educação no campo da saúde para a equipe multiprofissional. Contudo, reforçam a necessidade de investimento na formação profissional para a gestão e operacionalização da EPS, com a intenção de operacionalizar a PNEPS no trabalho.

Garanhani et al. (2009, p. 210) concluem que as lacunas no planejamento da educação no trabalho influenciam no resultado da prática educativa e sugerem que

[...] o enfermeiro reconheça sua função educativa entre as suas atividades laborais e [...] busque capacitação em outras áreas de conhecimento para desenvolver habilidades na utilização de outras ferramentas de trabalho [...] precisa aproximar-se da área da educação, da área social, da humana e outras.

Neste sentido, a PNEPS deve nortear a elaboração do Projeto de EPS, assegurando cooperação e assessoramento técnico aos gestores dos serviços de saúde. Já as normativas estadual e federal orientam a adoção de metodologias problematizadoras e criativas (BAHIA, 2011; BRASIL, 2007b).

A PEGTES ressalta a operacionalização da educação nos serviços de saúde e propõe a organização interdisciplinar dos processos educativos, o uso de tecnologias inovadoras, como educação a distância, e a produção e disseminação de conhecimento por meio de estudos e pesquisas para “[...] capilarização e democratização dos processos de qualificação profissional” (BAHIA, 2011, p. 13).

A política estadual identificou como fragilidade a dificuldade na compreensão sobre EPS e nos processos e fluxos administrativos para sua operacionalização. Propôs, assim, como suporte à formação profissional e qualificação da assistência, a reestruturação da gestão nas escolas de formação do SUS e a valorização do serviço como espaço para a consolidação das práticas e a articulação ensino-serviço (BAHIA, 2011).

Assim como nas demais graduações, as Diretrizes Curriculares da Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001) reconhecem a competência da Enfermeira para a EP, salientando a responsabilidade e o compromisso dessa profissional com sua educação, baseada em “aprender a aprender”. Entretanto, Peres e Ciampone (2006, p. 496), constataam que a formação proporcionada aos bacharelandos da “[...] área de saúde não capacita para a função educativa”, evidenciando dificuldades nas disciplinas em associar a educação a um saber próprio.

Ao considerar as fragilidades do currículo formal dos bacharéis em saúde para o desempenho da função educativa, reconhecemos as limitações relativas à formação do profissional de saúde para implementar a educação transformadora dos processos de trabalho nas organizações de saúde.

Esse cenário reforça a necessidade de investimento na formação profissional para a gestão e operacionalização da educação no trabalho, agregando o conhecimento de teorias de aprendizagem que respaldem o planejamento, a implementação e a validação, contextualizando os saberes prévios para alicerçar o desenvolvimento tecnológico e a prestação de cuidados direcionados às necessidades individuais e organizacionais.

Não obstante os esforços da política estadual em orientar a operacionalização da EPS nos serviços, as normativas estadual e federal não foram acompanhadas de outras estratégias que contemplassem a formação de trabalhadores e gestores de EPS dos serviços de saúde para sua efetiva implementação nos serviços.

É importante ressaltar que as eventuais fragilidades no exercício da EP para profissionais de saúde não podem ser atreladas exclusivamente às lacunas de conhecimento para articulação e implementação de suas premissas. Nesse sentido, emergiram da interpretação da PNEPS e da PEGTES-BA as concepções e princípios de EPS que subsidiaram a discussão dos dados para analisar e descrever a implantação e implementação das práticas de EPS no hospital.

3 METODOLOGIA

A identificação do potencial dos achados norteou a escolha do caminho metodológico a ser seguido para a coleta, análise e interpretação dos dados, de modo que possibilitasse a compreensão da implantação, implementação e organização das práticas de EP destinadas a trabalhadores da saúde no hospital, na perspectiva dos pressupostos da educação no trabalho.

3.1 TIPO DE ESTUDO

A proposta foi realizar um estudo de caso com abordagem qualitativa, cujo método favorece novas perspectivas, pois “[...] permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos [...] propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação” (MINAYO, 2006, p. 57).

A abordagem qualitativa, de acordo com a autora citada, pode ser aplicada ao estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, produtos das interpretações feitas pelos seres humanos a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos. Essa abordagem conforma-se melhor às investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais, sob a ótica dos atores, das relações e para análises de discursos e de documentos.

A pesquisa qualitativa é uma investigação interpretativa na qual os dados tendem a ser coletados no local onde o problema está sendo estudado, o que oportuniza ao pesquisador maior interface com seu objeto e acesso a diversas fontes de dados. O pesquisador interage com seu objeto e assume papel ativo na condução do estudo e interpretação dos fatos que emergem do cotidiano analisado (CRESWELL, 2010).

A presença não neutra do pesquisador e a influência da multicausalidade e da autonomia dos objetos de estudo nos fenômenos humanos indicam a necessidade de desenvolvimento de métodos que conduzam à análise contextualizada. Sobre essa questão, Laville e Dionne (1999, p. 33) ponderam:

Se, em ciências humanas, os fatos dificilmente podem ser considerados como coisas, uma vez que os objetos de estudo pensam, agem e reagem, que são atores podendo orientar a situação de diversas maneiras, é igualmente o caso do pesquisador: ele também é um ator agindo e exercendo sua influência.

O estudo de caso é adotado como estratégia por se propor a entender o fenômeno, por meio da investigação empírica em profundidade de fatos contemporâneos que emergem desse fenômeno e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes (YIN, 2010).

De acordo com esse autor, a referida estratégia de pesquisa contribui para conhecer, pela apresentação rigorosa dos dados empíricos e da descrição profunda, fenômenos sociais complexos, sejam eles individuais, grupais, organizacionais ou políticos. O estudo de caso é definido pelo autor como método que “[...] permite que os investigadores retenham as características holísticas e significativas dos eventos da vida real [...] o comportamento dos pequenos grupos, os processos organizacionais e administrativos” (YIN, 2010, p. 24).

Laville e Dionne (1999) enfatizam que esta metodologia proporciona a compreensão aprofundada de determinado fenômeno mediante a análise detalhada de um caso representativo, a ser escolhido pelo pesquisador.

Yin (2010) reforça ainda a necessidade de rigor no cumprimento dos procedimentos metodológicos, em especial no que tange ao relato fidedigno e imparcial das evidências encontradas. Nesta perspectiva, considerando a possibilidade de expandir e generalizar teorias e construir saberes, ressalta-se o potencial heurístico do estudo de caso.

Ao considerar as lacunas na produção científica acerca da implantação e da implementação das práticas de EP em uma organização hospitalar de Salvador, e a singularidade da organização dos processos nos hospitais, nossa proposta foi realizar um estudo deste tipo, pois o propósito era aprofundar a compreensão do objeto de estudo.

Assim, partindo dessa compreensão, o desenho que configurou a metodologia eleita permitiu conhecer, por meio da avaliação da dinâmica em que está inserido, o trabalho de EP, assim como as práticas de EP que têm sido implantadas e implementadas em uma organização hospitalar, com base no caso do hospital selecionado como lócus.

3.2 LÓCUS DE ESTUDO

O estudo foi conduzido mediante a análise dos processos de implantação e implementação das práticas de EPS em um hospital de grande porte na cidade de Salvador, configurando um estudo de caso único, com base na definição de representatividade para a compreensão do fenômeno estudado.

O hospital selecionado é público, geral e de grande porte, com 373 leitos, especializado no atendimento a urgências e emergências adulto e pediátricas, em alta

complexidade. Funciona mediante Parceria Público Privada (PPP) e obteve certificado de Acreditação Hospitalar concedido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

A organização selecionada conta, em seu quadro permanente, com 1.441 trabalhadores com vínculo empregatício celetista e 386 trabalhadores vinculados a empresas terceirizadas que prestam serviço nas áreas de apoio. Dispõe de equipe multidisciplinar diuturnamente e corpo clínico fechado, sem vínculo empregatício, contratados, em sua maior parte, como profissionais autônomos.

A PPP foi instituída no Brasil por meio da Lei nº 11.079/2004 (BRASIL, 2004a) e constitui-se num contrato administrativo de concessão a longo prazo para a prestação de serviços pelo setor privado à Administração Pública.

Realizou-se estudo de caso, conduzido em 2012, para conhecer a implementação da PPP em um hospital e concluiu-se que esta modalidade contratual “[...] direciona a gestão para os resultados pelo fato de definir, no contrato de concessão, de forma bastante minuciosa, os critérios relacionados à produção e à qualidade” (CARRERA, 2012, p. 84)

Para a autora, o modelo de PPP implementado na atenção hospitalar configura um modelo da Gestão Pública contemporânea, que exige a busca de maior eficiência e flexibilidade no gerenciamento dos serviços de saúde. No caso analisado, a produção de serviços é acompanhada pela Secretaria de Saúde do Estado por meio de contrato de metas, monitorado por um Serviço de Auditoria do Estado.

Nesta lógica, a organização estudada define suas metas produtivas com base nas demandas pactuadas no contrato de parceria com o Estado. Pauta suas diretrizes na busca pela qualidade das práticas assistenciais, adotando como norteador das ações a metodologia da Acreditação Hospitalar e a Política de Segurança do Paciente.

No hospital selecionado, o Serviço de Educação Permanente em Saúde (SEPS) foi implantado em 2010, simultaneamente à inauguração, e iniciou suas atividades subordinado diretamente à Diretoria Médica.

O SEPS é composto por uma Enfermeira com carga horária de 44 horas semanais e uma estagiária de EPS, função desempenhada por uma graduanda de Enfermagem com carga horária de 30 horas semanais. A sua configuração atual data de 2013, quando passou a compor o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), instância constituída conforme definição da RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013), com o objetivo de promover ações para prevenção, monitoramento, investigação e mitigação de eventos adversos.

No período de coleta dos dados, o NSP, sob a liderança de uma enfermeira, abrangia, além da equipe de EPS, 2 graduandas de enfermagem e profissionais médicas e enfermeiras

responsáveis pelos serviços de: Qualidade, Organização e Avaliação de Serviços, Gerenciamento de Risco, Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Controle de Infecção Hospitalar.

Hierarquicamente subordinado à Coordenação do NSP, o SEPS atua como assessoria das áreas assistenciais para o desenvolvimento técnico-assistencial, com ênfase maior no desenvolvimento técnico dos membros das equipes de enfermagem de todos os setores da organização. Como membro do NSP, a enfermeira de EPS tem por diretriz a Política de Segurança do Paciente e atua no reconhecimento de fragilidades assistenciais, planejamento e implementação de ações para sua mitigação de danos e prevenção.

Nesta organização, as ações educativas destinadas aos trabalhadores celetistas são gerenciadas pelo SEPS e as ações planejadas e implementadas para os trabalhadores terceirizados são gerenciadas, de forma autônoma, pelas prestadoras de serviço, que notificam ao SEPS o investimento na qualificação de seus funcionários.

A interação dos líderes de serviços terceirizados acerca de diretrizes e metas organizacionais e a interface desses com o SEPS despontou como estratégia para compartilhar objetivos a serem alcançados por meio das ações educativas desenvolvidas com trabalhadores desses serviços.

O desenho do estudo contemplou, com base no critério inicial de seleção, sua condução em uma organização hospitalar certificada como hospital de ensino ou acreditado, uma vez que, para obter as referidas certificações, deve apresentar, entre os indicadores de cumprimento de metas, conforme determinam a Portaria MEC/MS nº 2.400/2007 (BRASIL, 2007a) e o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013), programa de educação voltado para melhoria e segurança dos processos, evidenciado por índices que comprovam a aprendizagem em equipe e o investimento no desenvolvimento de competências e na formação profissional.

Adotamos também como critérios de elegibilidade para a escolha da instituição hospitalar caracterizada como lócus para o desenvolvimento do estudo:

- a) presença de um efetivo investimento em EPS;
- b) atendimento aos pacientes conveniados ao SUS, em média e /ou alta complexidade;
- c) disponibilidade de equipe multiprofissional para assistência ininterrupta;
- d) instituição certificada como de ensino ou acreditada.

Assim, o hospital estudado preencheu todos os critérios de elegibilidade definidos para seleção do lócus da pesquisa.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Em virtude da intenção de se analisar a implantação das práticas de EPS, foram convidados a participar desta pesquisa os profissionais do hospital que tiveram interface com os processos de implantação e que hoje participam ativamente da gestão e/ou operacionalização das ações de EPS.

Também foram convidadas sete trabalhadoras que atuam direta e indiretamente na assistência ao paciente. Essas trabalhadoras foram selecionadas e convidadas a participar do estudo por representarem profissionais de categorias, cargos, funções e vínculos empregatícios distintos e que, necessariamente, não compartilhavam o mesmo setor de trabalho. Tal estratégia teve por objetivo contemplar participantes que tivessem vivenciado experiências educativas distintas na organização, ampliando a abrangência do estudo. Todas as participantes do estudo assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram divididas em dois grupos, de acordo com o papel desempenhado ou participação na EPS: **Grupo 1** – equipe da EPS e Gestores – membros do SEPS e sua liderança formal, gestor assistencial e representante da área de Gestão de Pessoas, composto por Enfermeira e Estagiária do SEPS, Enfermeira do NSP, Enfermeira gestora de unidade assistencial, membro do Núcleo de Gestão de Pessoas (NGP); **Grupo 2** – equipe participante das ações de EPS – profissionais que representem as equipes às quais são direcionadas as ações do programa de EP. Deste grupo participaram do estudo: Enfermeiras assistenciais – das unidades de Emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) –, Técnica de Enfermagem da unidade de internação adulto, Fisioterapeuta, Auxiliar de Limpeza, Nutricionista Clínica e Médica da Unidade de Emergência Adulto.

Esclarecemos que foi excluído o depoimento da técnica de enfermagem da UTI adulto, em virtude de prejuízo na gravação, que comprometeu a sua fidedignidade. Contudo, como percebemos a saturação dos dados oriundos dos depoimentos, não realizamos nova entrevista.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A viabilidade da pesquisa foi discutida e aprovada pelo hospital escolhido, previamente ao encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de

Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Após a análise, a pesquisa foi aprovada pelo Parecer Consubstanciado nº 519208, e a organização concedeu autorização para a coleta de dados necessários à condução do estudo.

No desenvolvimento da pesquisa, foram considerados aspectos éticos que envolveram o convite e esclarecimento da pesquisa para os profissionais, deixando-os livres para aceitar ou rejeitar o convite de participação no estudo, sem que houvesse prejuízo para eles. Foi explicada a opção de gravação da entrevista e arquivamento dos dados, que ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável por cinco anos e terão suas fitas e registros destruídos após esse prazo.

Foi esclarecida também a importância do consentimento por escrito, garantindo-lhes a confidencialidade, sigilo, privacidade e anonimato. Ao aceitar participar do estudo, o participante foi orientado (Apêndice A) e convidado a assinar o TCLE (Apêndice B) e a coleta de informações só foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.

Para preservar a identidade das participantes, seus depoimentos foram numerados sequencialmente e seus nomes foram substituídos pelas iniciais EG, para respondentes que compõem a equipe de gestores ou a equipe do SEPS, e EM, para participantes membros da equipe multiprofissional que atua diretamente na assistência ou em serviço de apoio.

Todos os entrevistados foram esclarecidos sobre o risco oferecido em decorrência da sua participação na pesquisa, considerado baixo, uma vez que apresenta mínima possibilidade de danos associados ao possível constrangimento por compartilhar informações pessoais, profissionais ou confidenciais com o investigador. Na presença deste risco, o participante poderia recusar-se a responder qualquer questionamento ou suspender de imediato sua participação na pesquisa, estando assegurado, pelo pesquisador, o sigilo quanto à sua identificação e decisão, bem como a ausência de retaliações.

Todas essas medidas apoiam-se na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que prevê procedimentos que asseguram confidencialidade e privacidade, bem como a proteção da imagem, a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidades, inclusive no tocante à autoestima.

Os achados da pesquisa serão divulgados/publicados em periódicos do campo da saúde, bem como em eventos científicos.

3.5 COLETA DE DADOS

Como técnica e procedimentos para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os atores dos Programas de EPS e representantes das categorias

profissionais que compõem a gestão e operacionalização das ações de EPS na organização escolhida.

As entrevistas, gravadas mediante autorização prévia dos participantes, foram guiadas por dois roteiros distintos, direcionados às equipes assistenciais e aos trabalhadores que participam ou participaram da implantação e implementação da EP do Hospital (Apêndices C e D).

Em virtude de a pesquisadora principal ter iniciado trabalho de consultoria na organização escolhida como lócus de desenvolvimento da pesquisa, a coleta foi realizada por uma graduanda em Enfermagem, selecionada por demonstrar interesse, conhecimento e estar desenvolvendo estudo (Trabalho de Conclusão de Curso) sobre EPS.

Para subsidiar a realização da coleta, a estudante teve acesso ao projeto de pesquisa aprovado, foi orientada quanto aos pressupostos que fundamentaram a pesquisa e participou de simulações de coleta de dados com ambos os instrumentos juntamente com a pesquisadora principal.

Para facilitar a condução das entrevistas foram discutidos com a referida estudante os questionamentos secundários passíveis de serem investigados no decorrer dos depoimentos e solicitada a elaboração de relatos acerca de suas impressões durante as entrevistas (caderno de campo). Criou-se também rotina de discussão com a pesquisadora acerca das informações e percepções após cada depoimento coletado.

Yin (2010) indica o método do estudo de caso para a análise de eventos contemporâneos, ao considerar a impossibilidade de manipulação sistemática dos comportamentos relacionados ao objeto de estudo, salientando que esse método é capaz de lidar com várias evidências. Recomenda ainda a realização de entrevista com os atores sociais envolvidos nele.

O tipo de entrevista individual escolhida para esta investigação foi a semiestruturada, por considerarmos que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e pressupostos que interessam à pesquisa e, em seguida, oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas questões que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos participantes. Neste instrumento, o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (GASKELL, 2008; MINAYO, 2006).

A avaliação do uso da entrevista aponta para a sua capacidade de conduzir ao objetivo do estudo e de demonstrar as inferências sofridas na explanação dos fatos. Contudo, a técnica apresenta limitações, entre elas a eloquência e a interpretação do entrevistado na transmissão da informação, a possibilidade de parcialidade ou incoerência das respostas e a reflexividade, quando o entrevistado responde apenas o que se quer ouvir (CRESWELL, 2010; YIN, 2010).

Os autores recomendam a associação de fontes de informação para avaliar a precisão dos fatos coletados. A análise da documentação é importante fonte complementar, por permitir a contextualização das informações, além de “[...] corroborar e aumentar a evidência de outras fontes” (YIN, 2010, p. 128). Permite também inferências, é estável, ampla, aproxima do cotidiano do local de estudo e traz dados criteriosos. Em contrapartida, pode refletir parcialidade e não representar autenticidade (CRESWELL, 2010; YIN, 2010).

Portanto, nesta pesquisa, para minimizar esses riscos, os documentos foram confrontados com as informações obtidas das entrevistas, seguindo o roteiro de análise documental (Apêndice E).

Foram acessados, fisicamente ou por meio eletrônico, documentos institucionais que permitiram identificar: o perfil profissional e as atribuições do(s) responsável(s) pela gestão e operacionalização das ações de EPS, a estrutura hierárquica do serviço, os instrumentos para normatização das práticas de EPS (estratégias para levantamento das necessidades de treinamento e problematização do processo de trabalho, práticas pedagógicas adotadas e indicadores de avaliação), além do PEPS.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise do material coletado nas entrevistas e nos documentos teve por finalidade responder à questão norteadora da pesquisa, favorecendo a compreensão dos fenômenos relacionados à implantação e implementação da EPS, além de permitir a integração das informações oriundas das diversas fontes de dados. Com isso foi possível ampliar a interpretação dos fatos para além do que esses expõem superficialmente (MINAYO, 2006). Para essa autora, a análise sistemática do material obtido numa pesquisa propõe-se a clarear a busca de informações reais que permitam confirmar, refutar e elaborar hipóteses que possibilitem compreender a significância dos dados obtidos.

Para tanto, a adoção da Análise de Conteúdo desponta como método necessário para a análise aprofundada dos dados, conduzindo à interpretação do contexto no qual se inserem as práticas de EP em uma organização hospitalar.

A Análise Temática foi escolhida como a técnica de análise de conteúdo que mais se adequou ao objetivo do estudo e à interpretação do material obtido na pesquisa de campo. Sua operacionalização contempla as etapas de pré-análise, exploração de material, tratamento e interpretação de resultados (MINAYO, 2006).

Nesta perspectiva, foi conduzida a análise temática, na qual “[...] o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado [...] fazer uma análise temática, consiste em descobrir os temas que são as unidades de registro neste tipo de técnica de análise [...]” (BOCCHI; JULIANI; SPIRI, 2008, p. 27).

A pré-análise permitiu a organização para a condução do estudo, obtenção e ordenação de dados. A ordenação dos dados incluiu a seleção de documentos disponibilizados e a transcrição imediata das entrevistas gravadas, na tentativa de manter a integridade do discurso do sujeito, assegurando que fossem transcritos na íntegra.

Inicialmente foi realizada a leitura flutuante dos documentos e das transcrições das falas para garantir a familiaridade com o conteúdo e identificar a aproximação deste com os objetivos propostos no desenho do estudo.

Foram elaborados instrumentos (Quadros Analíticos – APÊNDICES B, C e D) que permitiram a exposição e organização do material obtido por meio das entrevistas e documentos. Os referidos instrumentos tiveram por objetivos permitir a exposição de todos os aspectos abordados nos instrumentos para coleta de dados, possibilitar representatividade e explicitar as percepções dos participantes, além de nortear a elaboração de proposições preliminares (MINAYO, 2006).

Nesta etapa, as hipóteses provisórias foram confirmadas e novas conjecturas foram elencadas, a partir do confronto entre a organização das práticas educativas destinadas aos trabalhadores no hospital e os pressupostos de EPS difundidos nas políticas

Por fim, na fase de pré-análise, identificamos “educação” e suas associações como unidades de registro e delimitamos como unidades de contexto os relatos relativos à atualização, trabalho, profissional, treinamento e capacitação ou suas variações, pois percebemos que surgiram repetidamente no material coletado.

Como previamente definido, os conceitos teóricos relativos à educação no trabalho, em especial os princípios que norteiam a EPS e as diretrizes que orientam a implementação de ações educativas no trabalho definidos na PNEPS e na PEGTES, foram selecionados para analisar os processos de implantação e de implementação das práticas de EPS em uma organização hospitalar.

Seguiu-se para fase de exploração do material, que possibilitou que os dados fossem refinados e se tornassem significantes para o alcance dos objetivos. O método escolhido para tal fim foi codificado por meio da demarcação, com realce em cores distintas, das unidades de registro e de contexto. Optou-se por selecionar para a análise as unidades e os contextos que mais se repetiram, entendendo que representavam as percepções e implicações dos atores participantes sobrepostas na realidade estudada.

Nessa fase, outros conteúdos também emergiram e mostraram-se significativos pela singularidade ou complexidade que apresentavam. Na perspectiva da complementariedade, foram agregados aos demais sem a intenção de unificação de conteúdos e conceitos. Os dados foram então agregados e foram formuladas as categorias iniciais e hipotéticas, que representaram as percepções das participantes entrevistadas e as concepções emergentes na documentação disponibilizada acerca do objeto do estudo.

Inicialmente, emergiram, na fase de tratamento e interpretação dos dados, as categorias: implantação das práticas de EPS, concepções sobre EPS, planejamento da EPS, identificação de necessidades educativas, operacionalização do SEPS, práticas pedagógicas, avaliação das ações educativas, limites e possibilidades para EPS.

A análise seguiu com a leitura exaustiva dos dados refinados para facilitar a definição de categorias finais relacionadas aos objetivos do estudo. Com a intenção de obter subsídios que ampliassem e refinassem a compreensão, optamos por confrontar os dados obtidos nas diversas fontes, destacando pontos significantes, similaridades e diferenças que pudessem refletir facilidades e dificuldades para a implantação e implementação das práticas educativas no hospital, “[...] buscando elementos que, uma vez contrastados [...], esclarecessem aspectos constituintes do referido processo” (BURNHAM, 2002, p. 6).

Assim, os dados obtidos na análise dos quadros de depoimentos de cada grupo de participantes e dos documentos organizacionais foram sintetizados para a busca de informações relativas às convergências, divergências e complementariedades. Após análise inicial desses dados, não foram evidenciados relatos que representassem conflitos ou divergências entre as informações fornecidas nos depoimentos das participantes e aquelas oriundas dos documentos disponibilizados. Essas informações, em sua maioria, convergiram ou se complementaram.

Em virtude das limitações nas informações acerca da implantação das práticas de EPS nos documentos, procedeu-se a descrição da trajetória seguida para implantação do Serviço de EPS e de suas práticas com base na análise dos relatos da enfermeira responsável pela implantação na época da inauguração.

Orientado pela análise temática na perspectiva de Bardin, conforme exposto por Minayo (2006), e na estratégia adotada por Burnham (2002), o Plano de Análise seguido teve por finalidade buscar a significância dos achados, na tentativa de interpretar a complexidade dos fatos e dados que compõem o fenômeno. Nesse plano, as ações sucederam-se na seguinte ordem:

- a) ordenação de dados – seleção de documentos e transcrição de entrevistas;

- b) leitura exaustiva de todo o material coletado (entrevistas e documentos);
- c) elaboração de três Quadros Analíticos para exposição e organização do material;
- d) percepção geral das informações e interpretação do significado das descrições e transcrições;
- e) identificação de significância nos achados, com base na extração de unidades de registro e unidade de contexto;
- f) seleção de constructos teóricos para subsidiar a análise dos processos de implantação e de implementação das práticas de EPS;
- g) exploração do material para refinamento e significância dos dados;
- h) codificação por meio de demarcação das unidades de registro e de contexto com a intenção de integrar percepções dos atores;
- i) extração de unidades temáticas e agrupamento em sentenças similares;
- j) identificação e agregação de outros conteúdos significativos (singularidade e complexidade);
- k) agregação de dados e formulação de categorias iniciais e hipotéticas;
- l) leitura analítica para definição de categorias finais;
- m) reagrupamento e abreviação das categorias, preservando singularidades representativas;
- n) busca de informações relativas às convergências, divergências e complementariedades;
- o) destaque de fatos que possam interferir na implantação e implementação das práticas de EPS;
- p) compreensão do significado e interpretação de dados, de sua relação com a documentação analisada e com os pressupostos da PNEPS e da PGETS.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos depoimentos das envolvidas com a implantação e operacionalização da EPS na organização evidenciou que sua inserção na educação no trabalho ocorreu sem formação prévia direcionada para o exercício da função educativa no hospital.

Em contrapartida, experiências prévias em outras organizações foram relatadas como oportunidades de aprendizagem que nortearam as enfermeiras na implantação do SEPS e na implementação de suas ações.

Para essas profissionais, a experiencição, mediada pela orientação e pela supervisão de uma enfermeira com *expertise* em EPS, bem como a EC, viabilizada pela participação em cursos de atualização ou pós-graduação em áreas afins, subsidiaram-nas para o gerenciamento da educação no trabalho.

Na verdade eu fui acompanhada pela coordenadora do serviço, onde eu fui orientada o tempo inteiro. Acolhida e orientada em relação ao processo da Educação Permanente e aí eu fui buscando outras informações extra-hospital [...] (EG5).

A PNEPS e a PEGTES preveem estratégias para implementação de suas diretrizes. Entre elas a assessoria técnica para orientação e qualificação dos Colegiados de Gestão Regional, citada na normativa federal, a disseminação do conhecimento e a realização de parceria com instituições formadoras, prevista na normativa estadual.

Não identificamos, nas políticas, evidências de articulação com organizações hospitalares para promoção da formação dos profissionais responsáveis pela educação no trabalho e demais trabalhadores à luz da EPS. As profissionais que atuam na operacionalização dessa modalidade de educação não demonstraram reconhecer nos órgãos estatais ou nos Colegiados de Gestão instâncias responsáveis por tal cooperação.

Assim como em outros serviços de saúde, na organização estudada, a gestão e operacionalização do SEPS estão sob a responsabilidade de uma Enfermeira desde a inauguração do hospital. Estudo reconheceu no processo de trabalho da enfermeira características que lhe conferem habilidade para perceber necessidades educativas e intervir no trabalho, entre elas a responsabilidade pela continuidade da atenção, pela gestão do processo de trabalho das demais trabalhadoras de enfermagem e por processos de articulação e intercomunicação entre os membros da equipe de saúde (SILVA; SEIFFERT, 2009).

Limitações relativas à formação para a docência foram sinalizadas como lacunas por uma das enfermeiras entrevistadas, contudo não foram relacionadas às dificuldades para implantação, gestão e/ou implementação da educação no trabalho. Para Furlanetto e Arruda (2012), a formação pedagógica da enfermeira é secundária nos currículos de graduação, cuja ênfase está na formação técnica para o cuidado. Isto repercute em lacunas que interferem no desempenho do papel de enfermeira educadora nos serviços de saúde (FURLANETTO; ARRUDA, 2012).

Os relatos sobre a implantação do SEPS na inauguração do hospital apontam para limitações no planejamento das ações iniciais em virtude da ausência de informações relativas aos parâmetros de atendimento, às necessidades de saúde, ao perfil nosológico da comunidade e às evidências sobre as necessidades educativas reais, oriundas da avaliação do perfil dos profissionais a serem admitidos.

[...] a partir só da inauguração, do conhecimento da clientela, que são os pacientes, do usuário, a gente foi traçar uma forma de treinar a equipe, mas antes mesmo de inaugurar eu precisei iniciar [...] Esse início foi baseado na vivência que eu tive no outro hospital; então eu trouxe todas as coisas que baseiam a assistência do paciente [...] (EG5).

Percebe-se que, apesar de não citar a PNEPS como diretriz para suas ações, no seu discurso, a enfermeira responsável pela implantação do SEPS reconhece os princípios para a elaboração do PEPS previstos na diretriz.

O planejamento das ações educativas na implantação foi norteado por rotinas institucionais recém-elaboradas, normativas gerais, éticas e legais e orientações básicas para a prática assistencial hospitalar, direcionado aos trabalhadores de enfermagem. Esta realidade favoreceu a implantação de serviço com ações focadas em práticas de ES e EC para tentar assegurar a formação necessária para a prestação de cuidados.

Foram também citadas como práticas educativas iniciais: treinamentos de caráter instrutivos e supervisão técnica. Esta demanda educativa foi atribuída ao perfil jovem da organização e de seus trabalhadores na época da inauguração.

[...] o foco inicial da primeira enfermeira de educação foi o treinamento das equipes no próprio local de trabalho [...] (EG4).

[...] a gente tem um corpo funcional que ainda é jovem. O hospital também é um hospital novo, então precisava de um investimento em capacitações e treinamento [...] (EG3).

Os documentos analisados não descrevem o processo de implantação do SEPS. Os demais depoimentos retratam desconhecimento sobre o processo de implantação pela equipe atualmente envolvida com a gestão e operacionalização da EPS.

A implantação da EPS em organização hospitalar deve nortear suas ações com base nas diretrizes da PNEPS. Estas contemplam orientações para a elaboração do Plano de Ação de EPS e do Projeto de EPS, configurando recomendações para organização da EPS direcionadas às CIES que podem não evidenciar objetivamente ações para operacionalização nos serviços.

Pesquisa aponta como requisitos para implantação da EPS em um hospital: a definição de metodologias articuladoras dos princípios da EPS; a definição de recursos, insumos e parcerias para apoio à implementação da proposta; a expressão de estratégias promotoras de interfaces e da participação de trabalhadores e da comunidade na realização de diagnóstico situacional, incentivo ao reconhecimento de problemáticas do cotidiano e avaliação contínua dos processos e resultados da EPS (COTRIM-GUIMARÃES, 2009).

Neste estudo, a compatibilização do Plano de implantação da EPS com as diretrizes da PNEPS mostrou-se como facilitador para o processo educativo. A organização de “Grupos de Educação Permanente” por setor, grupos de trabalho composto por trabalhadores, permitiu a efetiva identificação de necessidades e metodologias educativas.

Os depoimentos dos responsáveis pela implantação, gestão e operacionalização evidenciaram, também, críticas ao modelo originalmente implantado. As críticas convergem para a metodologia adotada na operacionalização das ações de EPS, que limitou, na percepção de uma das entrevistadas, as ações educativas à equipe de enfermagem, elegeu autoritariamente temáticas a serem abordadas e não promoveu a discussão das práticas. Para a depoente, este modelo evidencia desarticulação entre SEPS e demais setores da organização e não configura implementação compatível com EPS.

[...] encontrei estruturado o serviço, a parte, é [...] cartográfica toda estruturada. O que falta em si, que é o meu ver é a implementação disso [...] era algo feito pelas próprias referências e coordenações dos serviços. E o setor de Educação Permanente estava como apenas um recolhedor de listas, não tinha algo realmente a Educação Permanente dentro do processo [...] só demandar pro setor determinados treinamentos e não se inserir no processo [...] (EG1).

Apesar de concorrerem nas críticas ao modelo implantado, profissionais que atuam diretamente com EPS não apontaram como direcionador para as práticas educativas as diretrizes organizacionais para a gestão de pessoas.

Estudo desenvolvido com equipe de enfermagem em hospital universitário identificou o modelo gerencial como limitador para implementação da EPS. Nessa organização, fragilidades relativas ao exercício da liderança, comunicação interpessoal, aspectos físicos e estruturais e vínculos empregatícios interferiram na satisfação e motivação dos trabalhadores para discussão dos processos e identificação de problemas no cotidiano. De acordo com Jesus et al. (2011, p. 1233): “A gestão das práticas e a política institucional que orientam os processos de trabalho de enfermagem no hospital [...] foram identificadas como fatores que interferem, dificultando a efetividade das ações de capacitação.”

A implantação de estratégias educacionais compatíveis com a EPS em serviços de saúde é determinada por diretrizes organizacionais que promovam e valorizem experiências formativas no ambiente de trabalho. Nesta realidade, o modelo de gestão do trabalho e a organização dos serviços podem ou não favorecer a disseminação de culturas que incitem transformações nos processos de trabalho com base na reflexão das práticas desenvolvidas pelos trabalhadores.

Apenas uma depoente, com maior interface com a Política de Gestão de Pessoas, sinalizou o contrato de gestão como direcionador, desde a implantação, das metas produtivas para as ações educativas, ressaltando também a existência de diretrizes internas que preconizam a autonomia dos gestores para o desenvolvimento de processos educativos.

[...] o próprio edital do Hospital tem uma meta de homens/hora treinados, mas no decorrer da própria implantação [...] por conta da acreditação foram se criando alguns regulamentos específicos de educação [...] o regulamento fale sobre uma descentralização do envolvimento do gestor [...] (EG4).

Há probabilidade de o SEPS ter suas ações iniciais direcionadas para essas premissas, na tentativa de vincular a EPS ao modelo organizacional e metas contratuais. Contudo, para que tal escolha não comprometa a efetividade das ações de desenvolvimento dos trabalhadores é preciso assegurar uma cultura organizacional na qual os líderes desenvolvam habilidades para reconhecer necessidades e mediar a aprendizagem no trabalho.

A avaliação acerca da efetividade das ações de EPS na organização motivou sua reestruturação na busca de maior investimento na capacitação de seus trabalhadores.

[...] nós reestruturamos. Então, o foco principal da Educação Permanente passou a ser treinamento e capacitações internas e não mais o acompanhamento dos estágios [...] pra o curso de formação

técnica [...] essa reestruturação foi muito benéfica [...] era [...] uma área que estava deixando a desejar e a gente precisava muito de capacitação [...] precisava de um investimento em capacitações e treinamento [...] (EG3).

Os depoimentos das profissionais e estudante envolvidas diretamente com a operacionalização e gestão de EPS não evidenciaram o envolvimento das instâncias estaduais e municipais no assessoramento para implantação do SEPS ou condução das ações iniciais, conforme previsto na normativa por meio da atuação das CIES.

Para subsidiar a compreensão sobre a organização do SEPS, foram analisados os documentos elaborados e aplicados na organização: Regulamento para Educação e Treinamento, Programa de Capacitação contemplando Programa Anual de Treinamento 2013 -2014 e Guia Referência, Acolhimento do novo colaborador e Avaliação da Bolsista de Enfermagem.

A análise dos depoimentos e dos documentos que normatizam as práticas educativas no hospital estudado possibilitou a emergência de categorias que expressaram a significância e a validade dos achados interpretados na perspectiva dos objetivos do estudo, a saber: Concepções sobre EPS, Planejamento e operacionalização das práticas educativas, Concepções pedagógicas e Avaliação das práticas de EPS.

4.1 CONCEPÇÕES SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

As entrevistas realizadas com gestores e equipe responsável pelo SEPS tornaram possível evidenciar a preocupação desses profissionais com a qualidade e a segurança da assistência, mensuradas na organização por itens de controle que retratam o desempenho setorial.

Nesta perspectiva, a EPS é valorizada por ser reconhecida como estratégia para a promoção da melhoria das ações assistenciais, atribuída pela maioria dos depoentes à otimização dos processos de trabalho relativos ao cuidado seguro. Para as profissionais desse grupo, essa melhoria pode ser obtida por meio de ações que norteiem a realização das práticas assistenciais.

[...] o serviço que dá o suporte aos gestores das áreas, de todas as categorias profissionais pra poder desenvolver formas de melhorar a qualidade do cuidado integral [...] (EG5).

[...] o foco na Educação Permanente é o processo [...] o processo de trabalho, treinamentos, a capacitação voltada para o processo de trabalho [...] (EG1).

A avaliação dos documentos do SEPS sugere que a organização das práticas educativas é direcionada à instrução dos seus trabalhadores para cumprimento de diretrizes, normas e rotinas institucionais, cujas necessidades educativas são demandadas com base na identificação de lacunas no desempenho do trabalho.

As ações educativas também foram associadas, como em outros estudos, à aquisição ou renovação de conhecimento científico para o desenvolvimento da prática e padronização de procedimentos (JESUS et al., 2011) e têm por objetivo adequar os trabalhadores ao processo de trabalho pré-determinado e instituído (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

As concepções de EPS que emergem dos depoimentos e documentos convergem para o pouco aprofundamento epistemológico da maioria dos profissionais entrevistados. As ações educativas são percebidas na realidade estudada como práticas instrutivas, intermitentes, cujas necessidades decorrem de falhas previamente identificadas, tendo por ênfase a correção de fragilidades e o preparo das equipes para a execução de ações, com base em processos que minimizem o risco de dano.

Assim, a capacitação aparece como solução para as eventuais fragilidades do trabalho. As expectativas depositadas na EPS ou em qualquer modelo educativo superam os investimentos para sua organização nos serviços de saúde. “Esta concepção estabelece uma relação causal, linear e simplista entre a preparação e o nível do trabalho [...]” (SILVA; SEIFFERT, 2009, p. 364).

A ação educativa mais preponderante no grupo da equipe multidisciplinar foi a identificada como “treinamento”, compreendida também como ação instrutiva, que objetiva a implementação de uma rotina na organização e cujo conteúdo é pautado em condutas pré-definidas pela liderança. Como exemplo, foi citado o treinamento introdutório:

Todo mundo que entrou aqui teve treinamento, mesmo quem já tinha experiência teve [...] tinha que ser tudo direitinho [...] trabalha num lugar, mas não é daquele jeito que, por exemplo, a coordenadora quer [...] Tem que ser tudo direitinho como ela [...] manda o figurino [...] (EM 6).

Esta fala reflete as concepções educativas preconizadas nas normativas organizacionais, nas quais a educação no trabalho, concebida sob a denominação de “treinamento”, consiste na “[...] transmissão de conhecimentos no próprio ambiente de

trabalho, onde é exposto um padrão já estabelecido pelo instrutor e o gestor acompanha e supervisiona a execução [...]” (REGULAMENTO..., 2012, p. 3).

Os conceitos emergentes aproximam-se de propostas educativas “reiterativas e tecnicistas” nas quais o fazer já foi previamente definido e não há espaço para a ressignificação; há apenas a reprodução do fazer técnico, pautado no cientificismo (SILVA et al., 2011).

[...] normalmente eles ensinam, a gente aprende e replica, na prática [...] (EM1).

Os documentos que direcionam aos trabalhadores a execução da educação na organização também descrevem como objetivo do “treinamento” a qualificação e o desenvolvimento de potencialidades, bem como “[...] o aprimoramento de competências exigidas para o desempenho das responsabilidades [...] e de sua carreira profissional” (REGULAMENTO..., 2012, p. 1), que se aproximam dos conceitos de educação contínua e progressiva, associados à EC.

Foi frequente a associação da EPS à atualização profissional e à renovação do conhecimento pelos profissionais da assistência direta. Foi também identificada como uma oportunidade para a qualificação e uma necessidade compatível com as exigências inerentes à Acreditação Hospitalar.

[...] porque o hospital é acreditado e a gente tem que estar sempre atualizado, normas e rotinas [...] (EM3).

[...] está passando por processo de acreditação e que exige bastante dos profissionais. Então, quem não atualiza, quem não busca atualizar, não consegue acompanhar [...] (EM4).

[...] os processos de certificação do hospital, ele impõe muita disseminação do conhecimento [...] Então, aí entra a Educação Permanente, nesse suporte na disseminação da informação, do conhecimento [...] (EG3).

[...] para o profissional não ficar obsoleto [...] (EM5).

[...] surgem novas oportunidades [...] então Educação Permanente é uma forma de reciclar, de atualização. (EM2).

A implantação da metodologia da Acreditação Hospitalar foi apontada como facilitadora para implementação da EPS. A sinalização de não conformidades para a

segurança e a qualidade do cuidado tende a estimular discussões para analisar e reorganizar as ações, além de promover ações educativas para gestores (COTRIM-GUIMARÃES, 2009).

Assim, as estratégias educativas adotadas na organização, demandadas para instrumentalizar e capacitar, têm por mérito a qualificação do serviço, o aprimoramento, a efetividade e a melhoria das ações (SILVA et al., 2011). Por serem organizadas para categorias específicas de profissionais e demandadas por atores que necessariamente não estão inseridos no processo de trabalho a ser problematizado, tendem a não promover ressignificação e implicação.

Assim como em outras realidades, apesar de descritas como de EPS, reproduzem abordagens tradicionais, cujo espaço deve ser assegurado para melhoria das ações nos serviços de saúde. Contudo, devem ser reconhecidas suas limitações para promover reflexão e mudanças e sua potencialidade para fortalecer a soberania do conhecimento técnico e hierarquizado, além de adequar o profissional ao trabalho (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Em maior número, as concepções apresentadas no estudo como EPS descrevem expectativas e ações compatíveis com conceitos amplamente difundidos como Educação em Serviço e Educação Continuada.

Do mesmo modo, as distinções conceituais propagadas entre ES, EC e EP tendem a minimizar potencialidades e maximizar expectativas entre ambas e demandam maior aprofundamento epistemológico para discutir a organização das práticas pedagógicas denominadas de continuada ou permanente, concebendo-as como benéficos movimentos que intencionam a aprendizagem no trabalho.

A educação, concebida como prática social, exige reflexões sobre o trabalho e sua repercussão para a comunidade, intencionando não apenas a modificação de comportamentos individuais, mas a transformação das práticas coletivas que poderão fomentar novos modelos de atenção. Diferencia, desse modo, as proposições educativas oriundas da EC e da EPS. (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

É necessário reiterar a influência dessas ações sobre a organização do trabalho em saúde. As ações educativas projetadas como ES e EC podem também constituir mudança de comportamento e, portanto, refletem experiências de aprendizagem.

Tendo em vista a complexidade, multiplicidade e interface entre serviços e saberes que seus diversos atores originam, a análise objetiva da dinâmica do trabalho no hospital evidencia que as atividades educativas destinadas ao aprimoramento técnico são indispensáveis à organização e à gestão do trabalho, pois podem contribuir para a sistematização, otimização e segurança nas ações de cuidado interprofissional.

Ao discutirem as concepções de EPS, as entrevistadas não citam, em seus discursos, as expressões *educação em serviço* ou *educação continuada*. Em contraponto, uma das trabalhadoras responsáveis diretamente pelas ações de EPS reconhece EC e permanente como práticas complementares, necessárias à continuidade da formação profissional.

[...] tem a Educação Continuada e a Educação Permanente, porque é assim: uma complementa a outra, está dentro da outra [...] (EG1).

A EPS emergiu como estratégia para mobilizar trabalhadores para mudanças. Nesta lógica, a implicação com o trabalho e sua reestruturação por meio da EPS desponta como diferencial para a implementação de políticas e diretrizes nas organizações.

As falas das participantes convergem, ao reconhecerem o SEPS como estratégico, pois, em virtude da natureza de suas atividades, faz interface com setores e atores diversos da organização, o que confere aos seus profissionais visão sistêmica. Além disso, subsidia o reconhecimento de oportunidades de melhoria e sugestões de reformulação das práticas.

[...] processo que eu considero até estratégico, o da Educação Permanente, porque ele perpassa tanto pela equipe multi como todos os processos de gestão dentro do hospital. Vai desde o operacional até a própria liderança do hospital, então você tem uma visão maior do que vem a ser o processo de trabalho numa instituição hospitalar [...] (EG1).

[...] que tem esse olhar mais ampliado. Por estar envolvida em várias categorias, em vários tipos de atuação, ela consegue enxergar assistência e buscar soluções e poder propor e discutir de uma forma mais efetiva junto com os gestores o conhecimento daquela prática de forma mais efetiva [...] (EG5).

A associação dos princípios da EPS aos princípios da Administração Complexa configura a interface entre essas estratégias como requisito para a reorganização dos serviços de saúde. Assim, a autonomia, a cooperação, a agregação e a auto-organização, fundamentos para o funcionamento dos sistemas interdependentes, podem ser exercitadas por meio das práticas de EPS (AMESTOY et al., 2010).

São essas características que também conferem à EPS potencial para a gestão de trabalho. Elas exigem, para sua operacionalização, algumas habilidades: visão sistêmica, capacidade de organização, conhecimento sobre a dinâmica dos processos de trabalho e suas interfaces nos diversos setores do hospital, articulação da prática interprofissional, *expertise*

no exercício da liderança com equipes diversas, aproximação com concepções da educação de adultos e a prática do diálogo como mediador.

Neste sentido, a enfermeira desponta como profissional com perfil para gestão e operacionalização da educação interprofissional no trabalho em saúde, em virtude das características de seu processo de trabalho. O pioneirismo e a *expertise* no desenvolvimento das ações de educação na saúde, associados ao exercício de articular os processos de trabalho com vistas à prática interprofissional para o cuidado, exigem da enfermeira competências e habilidades compatíveis com o exercício da EPS.

Durante o trabalho, com o intuito de assegurar a continuidade das ações de cuidado e a organização do serviço, a enfermeira promove a interação das equipes e de suas ações assistenciais. Para tanto, tende a estimular a discussão das práticas para reconhecer fragilidades e buscar soluções para os problemas que emergem do cotidiano do trabalho, fomentando, assim, a implementação da EPS.

A despeito de convergirem na compreensão da educação instrutiva em sua vivência na organização, algumas depoentes atribuíram à EP a possibilidade de mudanças nos processos de trabalho. Apesar de limitar a concepção de processos de trabalho aos seus instrumentos, compreendem que mudanças nas práticas estão relacionadas às estratégias educativas dialógicas, nas quais os atores dos processos de trabalho participam ativamente da transformação do trabalho.

[...] a gente discutiu com ela, e algumas coisas ela acatou. Até ferramentas de trabalho, a gente conseguiu modificar. Algumas ferramentas de trabalho que facilitaram o nosso trabalho, diminuíram a carga [...] (EM1).

[...] você não está entendendo aquela coisa, o por que daquilo, mas quando tem uma conversa passa a entender [...] você às vezes fazia errado, você passa a ter uma conversa, você melhora o serviço; então fica mais fácil até de você fazer o serviço [...] (EM6).

A associação da EP à mudança, por meio do diálogo, foi atrelada ainda à padronização de condutas e normatizações:

[...] a mudança no processo também faz parte da Educação Permanente [...] porque se muda o processo e não é explicado como é que vai fazer, então não tem como [...] a instituição andar por que cada um [...] cada um vai fazer de uma maneira. Então isso faz parte da padronização dos processos de Educação Permanente [...] (EM2).

As entrevistadas que vivenciaram a operacionalização da EPS vislumbram, em seus discursos, a potencialidade da EPS para a transformação das práticas, por ser veículo de interface e viabilizar a discussão e a troca de saberes. Contudo, uma participante que vivencia a prática de EPS na organização, ao reconhecer o potencial para mudança da EPS, descreve a educação no trabalho como prática instrumental para condicionar o trabalhador

Educação Permanente é uma forma de você promover bastantes mudanças quanto ao processo de trabalho, porque você não só ensina, mas como você pode ajustar o pensamento do funcionário [...] Talvez como ele pensava: essa forma é a forma certa, mas daquela outra forma eu posso estar fazendo de uma forma melhor [...] (EM2).

A EPS pressupõe ambientes de discussão coletiva, dos quais as situações-problema derivem e provoquem os trabalhadores a buscarem soluções que repercutam em modificações no contexto de seus processos de trabalho.

Para tanto, a condução da ação educativa deve favorecer autonomia, estimular o compartilhamento e superar a hierarquização dos saberes para a reorganização de seu trabalho, por meio de uma liderança dialógica, compreendida como “[...] capacidade do líder de influenciar seus colaboradores a atuarem de forma crítica e reflexiva sobre sua práxis, mediante o estabelecimento de um processo comunicacional eficiente” (AMESTOY et al., 2010, p. 386).

Ao serem questionadas sobre as normativas para a formação de trabalhadores na saúde, as participantes do grupo gestor apenas citaram como norteadores as legislações dos conselhos e da Anvisa ou os regimentos internos. Uma depoente demonstrou desinteresse em conhecê-las:

[...] eu não sei hoje quais são as normativas vigentes para esse serviço, entende? Então não sei, porque, assim, não é do meu interesse nesse momento, saber isso exatamente [...] (EG3).

Divergentemente, uma trabalhadora do SEPS cita a PNEPS como normativa que norteia a formação no trabalho, e ainda atribui às orientações oriundas dessa normativa e às normatizações da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990) e de legislações profissionais o direcionamento para operacionalizar a EPS na organização.

Os documentos internos mencionam como parâmetros para as ações educativas, diretrizes, normas e protocolos organizacionais. Em consonância, a maioria das entrevistadas não citou a PEGTES como normativa para EPS e também não sinalizou a

possibilidade de acessar instâncias municipais ou estaduais para discutir a implementação das práticas de EPS.

O documento que contratualiza a parceria entre a organização e o Estado também foi apontado como norteador para o SEPS por definir metas para a produção das ações educativas.

[...] o próprio edital do Hospital [...] tem uma meta de homens/hora treinados, mas no decorrer da própria implantação [...] por conta da acreditação foi se criando alguns regulamentos específicos de educação [...] (EG4).

Segundo determinação da PNEPS, a pactuação de indicadores para avaliação da educação de trabalhadores deve estar contemplada no contrato de gestão. Esta condição aplica-se também à organização em que foi conduzido o estudo, unidade hospitalar destinada exclusivamente ao atendimento de usuários do SUS, por meio de contrato de gestão.

De acordo com o Art. 14, da Portaria nº 1.996/2007 (BRASIL, 2007b, p. 6):

Anualmente a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, poderá propor indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dentro do Processo da Pactuação Unificada de Indicadores, que serão integrados aos Indicadores do Pacto pela Saúde após a necessária pactuação tripartite.

O SEPS foi concebido por uma depoente da equipe de gestores como parte do setor de Recursos Humanos. Contudo, na estrutura organizacional, SEPS e NGP não estão subordinados à mesma liderança e não há relação hierárquica entre esses setores. As interfaces são pontuais e promovidas por demandas.

[...] trabalhar com interface mesmo [...] porque a educação daqui está ligada à diretoria do hospital e [...] [NGP] ligado à estrutura corporativa. Então, a inserção na verdade se dá por interfaces de trabalho [...] (EG4).

No modelo estudado, compete ao NGP o recrutamento e a seleção de profissionais das áreas diversas, em parceria com as lideranças de cada setor, assim como o planejamento de ações educativas genéricas, de maior abrangência. Ao SEPS compete a educação dos trabalhadores para assistência direta.

[...] apoiando na seleção dos cursos mais institucionais, de liderança, de atendimento, mas aqui existe, no caso, o profissional que é voltado para a educação. (EG4).

O distanciamento do SEPS das ações relativas a recrutamento e seleção de pessoas tende a comprometer a identificação das necessidades educativas dos trabalhadores recém-admitidos e poderá não favorecer a inserção destas nas práticas educativas problematizadoras, que demandam interação e confiança para participação dos profissionais na identificação das problemáticas e sugestão de transformação das práticas.

Nos depoimentos analisados, não foi associado ao NGP ou área afim a responsabilidade pela gestão e/ou operacionalização das ações educativas voltadas aos trabalhadores. Também não foi identificado, no Regimento e no Programa de Capacitação – Plano Anual de Treinamento (PAS) 2013/2014 –, planejamento de ações educacionais internas relativas ao desenvolvimento de competências comportamentais.

Não foi percebida nos depoimentos ênfase no uso da EPS como ferramenta para o desenvolvimento de competências e habilidades gerenciais das diversas categorias profissionais que atuam no âmbito hospitalar.

As políticas nacional e estadual compreendem a EPS como estratégia para empoderar trabalhadores para a gestão do trabalho em saúde. Para tanto, faz-se necessário empreender ações educativas que discutam a prática e os aspectos relativos ao seu gerenciamento em todos os níveis hierárquicos.

Para Amestoy et al. (2010), a EPS é uma ferramenta para a administração nos serviços de saúde por oportunizar a reorganização de modelos de trabalho com base na reflexão crítica do cotidiano e na formulação coletiva e corresponsável de soluções. Investimentos em programas de desenvolvimento de líderes foram sugeridos pelos autores com o intuito de fomentar meios que favoreçam a aprendizagem e o crescimento organizacional.

É sabido que a organização mantém investimentos nessa área com a participação de consultores externos voltados ao diagnóstico e desenvolvimento de potenciais para lideranças. Foi citado que promove para seus gestores capacitação destinada ao desenvolvimento de líderes, por meio de Pós-Graduação, um exemplo de EC.

Ao descreverem as atividades atribuídas ao SEPS, as depoentes do grupo gestor, unanimemente, citaram ações relativas à gestão e à operacionalização de treinamento e capacitação. Contudo, as atividades gerenciais foram descritas timidamente e limitaram-se aos discursos, à identificação de necessidades e ao controle de informações relativas à operacionalização dos treinamentos.

A análise dos documentos disponibilizados e compreendidos como diretivos para a implementação da educação no trabalho evidencia que têm como função nortear os gestores para a capacitação técnica. Nessas diretrizes, a gestão da educação de trabalhadores é

responsabilidade dos seus gestores. Ao SEPS é atribuído o apoio para planejamento, execução, logística e avaliação ou o controle de informações relativas à formação dos trabalhadores.

Esse modelo favorece que o SEPS desempenhe o papel de facilitador para a disseminação da cultura e das práticas de EPS na organização, conforme preconizado na PNEPS. Para tanto, estudo sobre formação de facilitadores para EPS propôs como desafio a transição do papel do facilitador e do especialista para o profissional de EPS (FORTUNA et al., 2011).

O facilitador de EPS assume a mediação das ações de EPS, “[...] um lugar de passagem [...] que objetiva o se tornar dispensável, estimulando a autonomia [...] dos demais trabalhadores, usuários, gestores [...]” (FORTUNA, et al., 2011, tela 5). Já o especialista em EPS não abre mão de definir o quê e o como para ações educativas, “[...] forma instituída e predominante nos processos educativos [...] lugar instituído de saber e poder que estimula a dependência [...]” (FORTUNA, et al., 2011, tela 5).

Contudo, para que desenvolva suas potencialidades para fomentar a revisão de práticas, é necessário ao SEPS apropriar-se dos princípios que norteiam a EPS e, com base nesses, desenvolver estratégias de trabalho que favoreçam sua inserção nos serviços e sua aproximação com os trabalhadores na tentativa de promover a implicação desses com a gestão de seu processo de trabalho e conquistar credibilidade para mediar a discussão das práticas.

Ao identificar o treinamento como ação educativa preponderante, as depoentes da equipe assistencial não apontaram a atuação do SEPS nas unidades para discussão de processos ou revisão de práticas.

[...] a gente só vê Educação Permanente mesmo em forma de treinamentos. Só vejo essa equipe quando faz treinamento, palestras também [...] (EM3).

Assim, emergiu das falas a concepção da atuação restrita do SEPS para a realização de treinamentos. Foi atribuído ao serviço, em detrimento das atividades relacionadas com a revisão de processos de trabalho ou a aprendizagem organizacional, ações como: elaborar material didático, ministrar aulas, organizar treinamentos, organizar informações. Uma das entrevistadas reforça esta compreensão ao citar as atribuições da Enfermeira de EP

[...] ela é uma catalisadora das ações hoje que são desenvolvidas; os gestores têm que estar informando as ações que são realizadas [...] (EG4).

Em contrapartida, para alguns participantes, a autonomia do SEPS e a sua potencialidade para identificar demandas educativas e promover reflexão das práticas com vistas à mudança deve-se à sua interface com os diversos serviços e à permeabilidade da EPS às diversidades organizacionais, o que lhe confere visão sistêmica.

[...] processo que eu considero até estratégico, o da Educação Permanente, porque ele perpassa tanto pela equipe multi como todos os processos de gestão dentro do hospital. Vai desde o operacional até a própria liderança do hospital. Então, você tem uma visão maior do que vem a ser o processo de trabalho numa instituição hospitalar [...] (EG1).

[...] tem uma visão global, geral de um todo; pelas discussões, interfaces que ela precisa ter com todo o grupo. Então, é um setor que é muito envolvido em tudo [...] (EG5).

Contudo, nos documentos analisados, as competências atribuídas ao SEPS parecem não refletir as potencialidades da EP e reduzir sua atuação à logística para a operacionalização de ações que visam à transmissão de informações. Esta condição é reforçada em alguns discursos e na ausência de relatos acerca da atuação do SEPS junto aos trabalhadores, na promoção de transformações apoiadas na discussão do processo de trabalho.

O modelo preconizado pode promover autonomia das lideranças para a gestão da educação no trabalho, estratégia que tende a favorecer a disseminação da cultura da EP. Para tanto, faz-se necessária a disseminação de concepções educativas que ultrapassem a perspectiva da transmissão de conhecimento e a soberania de saberes hierarquizados.

A ênfase na atualização do conhecimento e no desenvolvimento de habilidades técnicas com vistas à otimização das práticas de cuidado são imprescindíveis para a qualidade, a segurança e a efetividade na assistência ao paciente, em especial nas situações de alta complexidade, urgência e emergência, que caracterizam o atendimento na organização. No entanto, estas devem ser articuladas às ações que promovam o desenvolvimento da subjetividade e fortaleçam para o enfrentamento de conflitos e busca de soluções para as problemáticas vivenciadas no cotidiano do trabalho nas organizações hospitalares.

A participação em atividades relativas à interação ensino-serviço foi citada como sobrecarga e compreendida como justificativa para lacunas na atuação efetiva do profissional de EPS, quando esta era responsável por conduzir atividades de estágio curricular de técnicos de enfermagem.

[...] várias coisas voltadas pra ensino e graduação tomavam tempo enorme e não era feito a educação propriamente dita pra o processo de trabalho [...] sendo responsável por diversas outras atividades que

não necessariamente era da Educação Permanente, como a questão dos estágios curriculares, a própria formação de técnicos de enfermagem do hospital [...] (EG1).

Divergentemente, a formação dos trabalhadores do SUS foi determinada como atribuição dos serviços de saúde desde a concepção desse sistema. E as normativas estadual e federal definem a parceria ensino-serviço como diretriz. Neste sentido, a PNEPS propõe a cooperação das instituições formadoras como estratégia para ampliar a capacidade pedagógica dos serviços, estimulando o uso desses para atividades de estágio (BRASIL, 2007b).

Possíveis lacunas na formação foram citadas por participante da equipe gestora como motivadora para ações de EPS nos serviços de saúde. Contudo, não foi identificada uma diretriz, nos documentos ou nos discursos dos profissionais que atuam no SEPS, para promover a interação com a instituição formadora na perspectiva da complementaridade, continuidade da formação ou para discussão dessas eventuais lacunas.

[...] vê a deficiência que tem na formação, na graduação dos profissionais [...] então, assim, a Educação Permanente dentro de um ambiente hospitalar, ela está ali voltada pra o mundo do trabalho e pra formação [...] então seria uma continuidade [...] (EG1).

Entre os documentos analisados como norteadores da atuação do SEPS, o instrumento “Avaliação do Bolsista de Enfermagem” compreende critérios para avaliar o desempenho de graduandas de enfermagem para possível absorção no quadro efetivo de enfermeiras. Compete ao SEPS o papel de mediador na avaliação realizada pelo gestor.

Enquanto a PNEPS fomenta o trabalho como espaço formativo mediante a articulação e a parceria com instituições formadoras para promover cooperação e ampliar a capacidade pedagógica da EPS, a preocupação com a formação para o trabalho é ressaltada na normativa estadual, por meio do enfoque no desenvolvimento de competências e pela recomendação para a formação de trabalhadores em áreas estratégicas.

Percebe-se, assim, que eventuais equívocos para a compreensão sobre EPS, seus princípios norteadores e suas perspectivas para a aprendizagem e para a formação no âmbito das organizações tendem a intervir na organização e efetividade das práticas educativas nos serviços.

4.2 PLANEJAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NO HOSPITAL

A EPS, concebida como oportunidade de ressignificação do trabalho em saúde, prevê, com base em suas diretrizes, o planejamento coletivo para suas ações, como consequência da implicação dos trabalhadores para a mudança do fazer instituído no trabalho.

Em consequência, a PNEPS convoca gestores, trabalhadores, instituições de ensino e movimentos sociais para o planejamento, operacionalização e avaliação das ações de EPS. Por meio das CIES, é articulado o planejamento da EPS como instrumento para a gestão participativa e corresponsável pela educação no trabalho, com ênfase na interprofissionalidade para a integralidade e efetividade da assistência à saúde.

A lógica concebida para o planejamento da EPS nas normativas federal e estadual valoriza as ações educativas desenvolvidas nos serviços, a interface com instituições de ensino e o reconhecimento das necessidades formativas apoiadas nos problemas de saúde instalados, propondo a formação em áreas estratégicas pautada no desenvolvimento de competências.

Na organização estudada, o planejamento das ações de educação no trabalho é apresentado no Programa de Capacitação anual, que contempla o PAT e um Guia de Referência, norteador da definição dos conteúdos a serem abordados nas capacitações.

O PAT é elaborado pela enfermeira do SEPS em parceria com lideranças organizacionais e validado pela Diretoria. São elencadas no Guia de Referência temáticas que emergem da identificação do perfil nosológico da organização e demandam, na concepção do SEPS e dos gestores, o desenvolvimento de competências e habilidades técnicas para manuseio de tecnologias e cumprimento de rotinas que direcionem a prestação de cuidados.

A estruturação do PAT é compatível com algumas diretrizes propostas na PNEPS – contudo esta não foi citada como norteadora do Plano – propõe a capacitação multiprofissional e a avaliação do perfil nosológico e do processo de trabalho como estratégias para o diagnóstico de necessidades educativas. Para direcionar suas necessidades, orienta que seja “[...] priorizada a verificação das ações dos profissionais com maior frequência e relevância” (REGULAMENTO..., 2012, p. 2).

O PAT contempla o aprimoramento técnico e não menciona investimento em ações para o desenvolvimento de competências e habilidades relacionais, uma vez que estas ações não compõem o elenco de temáticas sugeridas no Guia de Referência que direciona a seleção dos conteúdos a serem abordados.

A compreensão da educação e do trabalho como práticas sociais que se sobrepõem dinamicamente e resultam em aprendizagem contínua ultrapassa a perspectiva da aquisição de conhecimentos e pressupõe a construção do conhecimento como resultado do processo educativo, que converge para uma concepção da educação como prática transformadora associada à EPS.

Para tanto, a concepção de educação para o trabalho fomenta investimento no desenvolvimento de habilidades cognitivas para a identificação e o enfrentamento das problemáticas emergentes de contextos complexos que permeiam os serviços de saúde. Como argumenta Vieira (2013, p. 185), trata-se da “[...] capacidade de diagnóstico, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, de se auto-organizar e de enfrentar situações em constantes mudanças”.

Em virtude do modelo de gestão adotado na organização, as estruturas responsáveis formalmente pela Gestão de Pessoas atuam de forma corporativa e respondem de forma unificada pelo gerenciamento de recursos humanos em outros serviços de saúde da mesma rede. A parceria com o SEPS se dá com base nas demandas dos gestores.

Convergentemente, não se perceberam evidências da participação ativa do NGP (Recursos Humanos) na operacionalização ou nas discussões relativas à formação e educação no trabalho. O treinamento introdutório e as ações direcionadas à imersão do novo trabalhador na organização são reconhecidos como ações desse Núcleo.

O treinamento introdutório, definido no Regulamento para Educação e Treinamento (2012) como responsabilidade do NGP e destinado a todos os trabalhadores e estagiários recém-admitidos, tem a finalidade de informar rotinas organizacionais e é qualificado como evento de participação obrigatória para todas as categorias, com abordagem preponderante de temas gerais e abordagens específicas para algumas categorias programadas em um segundo momento.

Tem o introdutório, que é geral, pra todos os colaboradores, independe da área [...] (EM2).

Esta lógica aponta para a desarticulação com o NGP no planejamento e na implementação das ações educativas, nas quais a ênfase nas temáticas relacionadas à dimensão técnica contrapõe-se ao limitado investimento nas temáticas relacionadas ao desenvolvimento de potencialidades comportamentais.

A formação centrada na prestação de cuidados não favorece o desenvolvimento de habilidades para o relacionamento interpessoal e para reconhecer as necessidades de saúde e as condições para a integralidade da assistência (TRONCHIN et al., 2009).

A participação dos trabalhadores não é sistemática e não houve referência à participação do usuário ou de seu representante para a determinação das suas necessidades educativas ou definição de metodologias.

A gente aqui não participa dessa parte. Essa é a questão da gestão lá, da Educação Permanente mesmo. (EM3).

Nós podemos até questionar ou cobrar e com certeza somos bem aceitos. Mas, geralmente, é a coordenação que disponibiliza esses cursos [...] (EM7).

[...] normalmente, ela [LIDER] já passa os temas. Quando ela divulga, ela já diz os temas que vão ser discutidos. Agora, durante as reuniões, às vezes, a gente traz a ela qual é a necessidade da gente [...] (EM1).

A análise dos depoimentos evidencia que a identificação das necessidades de EPS dos trabalhadores ocorre de forma sistemática na organização, contudo a ausência de participação efetiva dos trabalhadores no planejamento das ações formativas favorece maior distanciamento e não promove a implicação desses na formatação de novos modelos assistenciais.

Esse distanciamento pode justificar que o conceito de aprendizagem significativa ou similar não tenha emergido explicitamente nas falas ou nos documentos apresentados. Uma depoente identifica a participação dos trabalhadores no planejamento da educação no trabalho como oportunidade para maior efetividade das ações:

[...] na definição desses temas, se fosse anteriormente perguntado aos profissionais da assistência o que eles acham que necessitam, seria muito bom, porque conseguiria ver individualizadamente [...] a dificuldade de cada um [...] é nítida a melhora depois desse treinamento [...] (EM4).

As políticas para EPS fomentam o planejamento de ações com base no mapeamento de prioridades pautadas nas necessidades de saúde da população e dos trabalhadores. Para tanto, recomenda-se considerar o conhecimento prévio dos envolvidos e a sua participação na análise dos problemas que emergem do cotidiano do trabalho.

O planejamento participativo foi apontado em outro estudo como “[...] estratégia que promove a autonomia, a valorização, a competência técnica e a construção do trabalho em equipe, em seu próprio percurso de aprendizagem” (MEDEIROS et al., 2010, p. 40).

A implementação da EPS em sua amplitude está condicionada ao modelo de gestão organizacional. A possibilidade de inclusão não hierarquizada das equipes de trabalho na

tomada de decisão possibilita maior adesão às mudanças, uma vez que resultarão do consenso coletivo para a reorganização do trabalho, implicando em corresponsabilidade (MEDEIROS et al., 2010; MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Em consonância com o Regulamento para Educação e Treinamento (2012), as análises do PAT e dos depoimentos convergem, ao apontarem a autonomia do gestor para a identificação de necessidades e a parceria desses com a enfermeira de EPS para o planejamento das ações educativas da equipe de enfermagem da organização.

[...] nós planejamos [...] como vai ser a ação da Educação Permanente para aquele setor, a depender da necessidade que a supervisão acha que tem que ser feito [...] (EG2).

A possibilidade de promover reflexão por meio da implicação dos trabalhadores com as problemáticas do cotidiano é citada como potencialidade da EPS a ser explorada na organização. A necessidade de envolver trabalhadores desde a identificação de situações-problema foi relatada como condição para a transformação da realidade.

[...] transforma sim, quando existe a discussão entre os atores, que são as pessoas que planejaram, as pessoas que pensaram na elaboração, que fizeram a discussão inicial, que programaram com os atores que estão ali para operacionalizar [...] (EG5).

Os pressupostos de EPS implicam que as necessidades educativas sejam emanadas dos trabalhadores e dos problemas de saúde da comunidade a que estão destinadas as ações assistenciais e de promoção. Recomenda-se a formação de grupos, que contemplem gestores, representantes da comunidade organizacional e da população, para um planejamento dinâmico e participativo, direcionado às suas necessidades e à promoção do controle social (SILVA et al., 2011).

Na organização, o planejamento das ações de EPS é realizado anualmente, ajustado dinamicamente, com base nas demandas que surgem. É implementado por meio de cronograma mensal que registra as ações a serem desenvolvidas para todos os setores alcançados pelo SEPS. Para operacionalizar as ações de EPS, as participantes da equipe gestora descrevem como estratégia a parceria com as lideranças.

A participação dos trabalhadores de enfermagem é definida pela sua liderança formal, que viabiliza a presença desses profissionais nas capacitações em seu horário de trabalho. Os treinamentos e as ações afins são programados em módulo de 4 a 6 horas e divulgados

antecipadamente pelo SEPS, permitindo que as lideranças distribuam os profissionais nas escalas mensais.

Esta estratégia evidencia preocupação e investimento da organização no desenvolvimento de seus trabalhadores, caracterizando educação no trabalho e pelo trabalho como diretriz institucional.

[...] está incluso já na carga horária do mês [...] é como se fosse obrigatório [...] quando a escala do mês é divulgada pros funcionários [...] a coordenação do setor já coloca o dia e horário que vai ser direcionado esse o treinamento [...] (EM4).

O planejamento sistemático para a qualificação continuada prioriza a equipe de enfermagem. O Plano de Capacitação Anual define como objetivo “[...] capacitar equipe assistencial para o cuidado integral [...]” (PROGRAMA..., 2013, p. 1), contudo apresenta por público alvo a equipe de enfermagem. Quanto aos conteúdos abordados, esse plano diz: “[...] destinam-se aos profissionais que atuam nas unidades assistenciais e apoio do Hospital [...] sob a responsabilidade da gerência de enfermagem [...]” (PROGRAMA..., 2013, p. 2).

[...] na minha área não existe, mas eu percebo que na área de enfermagem, que eu acho que é o maior foco da equipe de assistência, existe. Mas a equipe multi eu não percebo isso [...] (EM2).

A participação das outras categorias assistenciais é assegurada apenas no treinamento introdutório ou em demandas específicas.

Participantes do SEPS e da equipe assistencial reconhecem a priorização das ações para enfermagem e relatam que, em outras categorias profissionais, o planejamento e a implementação da educação no trabalho são responsabilidade do gestor do serviço e ocorrem dissociados, sem interface com o SEPS.

[...] a coordenação que propõe os treinamentos. Ela que organiza e que ministra o treinamento [...] (EM1).

[...] eu tento sempre trazer os palestrantes [...] fazer um planejamento até dezembro de palestras, que acho que são necessárias não só pra mim, mas para os meus colegas [...] Então, assim, é um projeto que eu estou tentando fazer, ainda não foi passado pra Educação Continuada, que primeiro tem que fazer um projeto pra depois apresentar [...] (EM2).

[...] não vi [...] que tem realmente esse processo de capacitação tanto em serviço quanto da Educação Permanente propriamente

dita, com as demais categorias. Então, o foco maior sempre foi enfermagem [...] (EG1).

A inclusão de ações educativas para demais categorias profissionais demanda maior interação da enfermeira do SEPS com serviços e setores da organização, extrapolando a avaliação dos itens de controle eleitos para gestão de resultados. As características do trabalho inerente ao SEPS favorecem essa dinâmica.

A participação de representantes de outras categorias profissionais no planejamento das ações de EPS, atrelada à promoção pelo SEPS de rodas de conversa que fomentem a avaliação crítica dos processos de trabalho coletivos e de suas interfaces, poderá favorecer a identificação de oportunidades para revisão das práticas interprofissionais que demandem necessidades educativas significativas para toda a equipe.

Os depoimentos das gestoras indicam preocupação em expandir ações para outros profissionais e iniciativas para inserir toda a equipe e formar multiplicadores para disseminar informações.

[...] a gente hoje busca também que os enfermeiros se envolvam, mas pensando muito bem nas orientações aos técnicos de enfermagem [...] a gente tem buscado muito o trabalho da equipe multiprofissional [...] intenção é atingir quase 100% das pessoas, porque a gente quer o maior número de pessoas envolvidas nessas orientações, pra poder ser realmente os disseminadores, multiplicador dessa informação [...] a gente sempre tenta planejar [...] um cronograma que atinja de 80 a 100% [...] (EG5).

O planejamento de ações isoladas e diferenciadas por categorias profissionais promove a hierarquização e a segregação do processo de trabalho (FORTUNA et al., 2011; MONTANHA; PEDUZZI, 2010). Ambientes pedagógicos diversificados constituem-se em oportunidades para exercitar a dialogicidade como estratégia para o enfrentamento de conflitos e a busca de soluções que favoreçam a reorganização do cuidado interprofissional.

Para a elaboração do Programa de Capacitação Anual foi citada também a participação eventual de órgãos assessores, como o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e NSP, além da Diretoria. A participação da profissional de EPS em reuniões foi apontada como método para promover as parcerias na construção do PEPS.

[...] através de reuniões e discussões, reuniões com todas ou reuniões individualizadas, ela consegue, junto com a coordenação, com os gestores, traçar quais são as principais fragilidades encontradas hoje

na assistência e o que pode ser feito; e aí, com base nisso, é feito um planejamento e a gente busca cumprir [...] (EG5).

O Regulamento do hospital para ações educativas atribui aos serviços de apoio, como SCIH, Núcleo de Qualidade, Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), Engenharia Clínica e às Comissões e/ou Times de trabalho, promover e/ou realizar treinamentos com temas específicos (REGULAMENTO..., 2012).

De forma convergente, emerge dos depoimentos da equipe gestora a definição das necessidades educativas com base na interpretação dos líderes, órgãos assessores e SEPS. Do mesmo modo, itens de controle interno retratam possíveis falhas na execução de procedimentos ou ações assistenciais. Essas indicadores e informações, oriundas também da supervisão da prática, subsidiam a definição das temáticas a serem discutidas com as equipes.

[...] além da minha observação, além dos dados [...] dos eventos sentinela, das fragilidades assistenciais que a gente acompanha e monitora, a gente conversa muito com o operacional pra repassar pra enfermeira a Educação Permanente qual a nossa percepção e nós duas, a gente acaba que fazendo um planejamento [...] (EG5).

[...] nós sentamos pra avaliar quais são as necessidades daquele setor, e aí nós planejamos qual vai ser, como vai ser a ação da Educação Permanente para aquele setor a depender da necessidade que a supervisão acha que tem que ser feito. (EG2).

Os depoimentos demonstram expectativa de associar ações de EPS à correção de comportamentos equivocados ou inseguros e não reforçam a participação dos envolvidos no processo, no reconhecimento da eventual fragilidade ou na construção de solução e sua aplicação à realidade.

[...] e a partir disso trabalhar quais são as deficiências desses processos, pra que a Educação Permanente possa atuar em cima desses processos [...] (EG1).

A identificação de necessidades educativas por profissionais que não compõem as equipes de trabalho desponta como experiência não problematizadora. A supervisão, adotada como instrumento gerencial para controle do trabalho, é utilizada para buscar deficiências na execução da prática pelos trabalhadores e demanda ações de treinamento em serviço com o intuito de corrigir comportamentos mediante a comparação com o saber predefinido (MONTANA; PEDUZZI, 2010; OLIVEIRA; CANDIÁ; LEOPOLDO, 2012).

Nessa realidade, os trabalhadores tendem a ser responsabilizados pelas não conformidades identificadas, não são estimulados a repensar sua atividade ou valorizar seus saberes, e são orientados a reproduzir o fazer instituído. Tal condição não favorece a criatividade e a implicação dos envolvidos e terá limitações para promover mudanças.

Uma depoente aponta como formativa a experiência vivenciada ao participar de Comissão que planeja ação para promover a segurança do trabalhador. Nesse depoimento, percebe-se a construção coletiva de uma ação educativa, na qual a estratégia adotada pela EPS para o planejamento é tomada como referência.

[...] SIPAT [Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho], aí a gente faz a reunião, como é feito entre eles também; faz a reunião pra discutir qual tema abordar [...] pessoal que faz parte da comissão junta, aí tem a reunião pra discutir qual tema abordar. (EM6).

Esta depoente ressalta ainda que o planejamento das ações realizado por essa Comissão precisa ser validado pela liderança antes de sua implementação. Esta condição é apontada por um membro da equipe gestora como recurso para assegurar que a demanda educativa do trabalhador seja compatível com aquela reconhecida pelo seu líder.

[...] quando dá pra colocar em prática [...] Nem sempre [...] a gente pensa uma coisa, a coordenação vai lá e veta [...] tem como sentar com eles e conversar, pra ver se pode botar aquilo em ação, quando é que vai colocar [...] aí tem que ter o aval deles pra ser colocado em ação [...] (EM6).

Porque às vezes o profissional, ele acha que não precisa de determinado treinamento, mas a coordenação acha que é frágil, que ele precisa [...] (EG3).

A interferência dos gestores pode inibir a autonomia e implicação dos trabalhadores para reconhecerem necessidades de reorganização no seu processo de trabalho. Estudo que avaliou a atuação de facilitadores de EPS interpretou essa interferência como resistência à projeção da EPS ao considerar que “[...] com decisões autoritárias, os gestores desautorizavam o coletivo e, pior, minavam a possibilidade de mudança” (FORTUNA et al., 2011, tela 6).

Apesar de priorizarem a participação de gestores no planejamento de EPS, depoentes do grupo gestor e operacional reconheceram a interface da EPS com o processo de trabalho para a identificação de necessidades educativas.

[...] a Educação Permanente busca se inserir no processo de trabalho a partir da identificação dessa necessidade [...] (EG3).

[...] com base no levantamento das necessidades de treinamento, das necessidades setoriais, a gente começa a trabalhar [...] focando sempre o mundo do trabalho. (EG1).

Apesar de as participantes que compõem a equipe assistencial atribuírem à liderança a identificação de demandas de capacitação com base em eventuais lacunas de conhecimento para o trabalho, e não citarem o uso de instrumentos para este fim, os responsáveis pelo SEPS citam a participação direta das equipes operacionais na identificação de demandas educativas e pontuam a aplicação de um formulário para o levantamento das necessidades de EPS, apresentando como proposta a expansão do mesmo instrumento para equipes operacionais.

A gente não participa diretamente da programação; a gente recebe a programação [...] (EM1).

[...] a gente criou impressos [...] pra cada coordenação, que aí ela elencou quais são as dificuldades que os funcionários que atuam naquele setor tem, quais são as temáticas que eles precisam aprender pra desempenhar melhor aquela função e aí definindo se é um treinamento prático ou teórico [...] a gente criou um formulário pra o operacional preencher, dizendo quais são as temáticas que eles acham que têm dificuldades [...] (EG1).

O instrumento “Levantamento dos Temas de Treinamentos (Controle de Educação Permanente)” apresentado no PAT contempla as seguintes informações: Setor, Tema e Justificativa (PROGRAMA..., 2013). O PAT não explicita responsáveis pelo preenchimento do instrumento, contudo, ao abranger justificativas para o desenvolvimento das ações, poderá estimular a reflexão sobre o processo de trabalho relacionado com a temática proposta.

Uma gestora reconhece fragilidades na sistemática adotada para identificação de necessidades educativas, o que, na sua percepção, compromete a efetividade. Nessa fala, evidenciamos aproximação com as prerrogativas para o planejamento da EPS preconizadas na PNEPS.

[...] talvez haja um distanciamento do que é preconizado [...] o desejo era de se trabalhar com os próprios eventos [...] sentinela, situações de indicadores pra a gente estar trabalhando em cima de problemas mesmo, com relação aos processos. Só que eu acho que ainda a gente não consegue estar trabalhando dessa forma [...] (EG4).

Assim, a sistemática evidenciada no planejamento e operacionalização das ações educativas para as equipes de enfermagem denota investimento na aprendizagem no trabalho. Contudo, para que sejam desenvolvidas as potencialidades dos trabalhadores para a reorganização de suas práticas, faz-se necessário repensar a concepção e organização das ações educativas no hospital.

A implementação da EPS deve articular o planejamento participativo aos pressupostos da formação no trabalho e considerar o contexto organizacional no planejamento e as expectativas relacionadas às ações educativas.

Estudos evidenciaram que os problemas identificados pelos trabalhadores podem demandar ações educativas e intervenções gerenciais que amparem o potencial da EPS para reorganizar o trabalho, pois condições estruturais e o desenho das relações de trabalho no hospital interferem na satisfação e motivação do trabalhador, além de impactarem na efetividade da EPS (COTRIM-GUMIARÃES, 2009; JESUS et al., 2011).

A compreensão da EPS como uma política que adota a aprendizagem como instrumento para consolidar mudanças, mediante a implicação dos trabalhadores com as problemáticas dos serviços de saúde, orienta para a articulação de práticas pedagógicas inclusivas, que oportunizem a autonomia para a tomada de decisão e fomentem a corresponsabilidade em um ambiente de trabalho propício para mudanças.

4.3 PRÁTICAS PEDAGÓGICAS ADOTADAS

Com o intuito de promover a implicação e mobilizar para a implementação de práticas pedagógicas compatíveis com os pressupostos da educação transformadora das práticas sociais, a PNEPS e a PEGTES propõem a inovação e a criatividade na seleção de metodologias que conduzam à interação e problematização.

Emerge, assim, na PEGTES, o incentivo à adoção de recursos tecnológicos como oportunidade para descentralizar e organizar interdisciplinarmente a educação, a comunicação e a disseminação de conhecimento. A PEGTES registra em suas diretrizes: “Utilização de tecnologias educacionais inovadoras, visando a capilarização e democratização dos processos de qualificação profissional dos trabalhadores.” (BAHIA, 2011, p. 13).

A superação do uso exclusivo de práticas pedagógicas expositivas implementadas para transmitir informações e instrumentalizar para o trabalho constitui um desafio para a implementação da EPS em organizações hospitalares. Na lógica do modelo curativista, as

ações educativas são projetadas para a apresentação de novas técnicas e saberes já consolidados e direcionadas aos trabalhadores com menor *status* na hierarquia das equipes.

Contudo, a proposta da aprendizagem no trabalho, que visa modificações no modelo de saúde, extrapola a apreensão de conhecimentos para expandir a eficiência profissional. A perspectiva de mudança para um comportamento consciente e responsável, que repercute efetivamente na promoção à saúde, pressupõe pedagogias que inquietem e incitem a reflexão sobre o cotidiano do trabalho (JESUS et al., 2011).

O Regulamento para Educação e Treinamento (2012) indica o treinamento interno ou externo como forma de *transmissão de conhecimento* dentro ou fora do posto de trabalho para a atualização técnico-científica dos trabalhadores. Para tanto, orienta a adoção de estratégias educativas definidas como jornadas, encontros, congressos, simpósios, *workshop*. Foram também consideradas atividades educacionais os eventos (congressos, simpósios, seminários).

Percebe-se, na organização, investimento na formação para o trabalho desde a inserção do trabalhador, por meio do Treinamento introdutório. Para os profissionais de enfermagem, evidenciou-se ainda a sistemática na condução do processo formativo desde a sua imersão na unidade.

Foi sinalizada, por representante da equipe de gestores, como estratégia inovadora, mas ainda não consolidada entre os gestores, a sistemática para acompanhamento do trabalhador recém-admitido nos três meses iniciais, operacionalizado pela liderança e gerenciado pelo SEPS. Contudo, essa metodologia não foi citada por outras participantes.

A educação, ela está envolvida desde o processo de acolhimento desse novo colaborador [...] pra a área de enfermagem, sobretudo pra técnico e enfermeiro, já há uma estruturação [...] e também numa metodologia de acompanhamento desse profissional, também em parceria com o gestor, nos primeiros dias de trabalho. (EG 4).

Na organização, a inserção do trabalhador de enfermagem recém-admitido em sua unidade é compreendida como percurso formativo e regulamentado pelo instrumento “Acolhimento/integração do novo colaborador”. No desenho apresentado, constitui-se na orientação e supervisão sistemática de enfermeiros e técnicos de enfermagem para a execução de ações definidas como prioritárias para a apropriação de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades inerentes ao desempenho das funções.

Apesar de direcionar para a abordagem tecnicista, o Regulamento para Educação e Treinamento (2012) norteia a continuidade da formação no trabalho e pressupõe estratégias dialógicas que possam fomentar discussões e socialização de saberes, condições para a participação coletiva na tomada de decisão, resultando em reorganização.

Neste sentido, oficinas, *workshops*, seminários, reuniões de estudo e rodas de discussão foram citados por participantes de um estudo como construções participativas que promoveram o diálogo, a participação coletiva, o empoderamento e a aproximação entre saber e fazer para o fortalecimento e a sedimentação do SUS (SILVA et al., 2011).

Contudo, ao serem questionadas sobre as práticas compatíveis com EPS, as depoentes dos grupos assistencial e gestor apontaram o treinamento como ação preponderante para promover a atualização.

Treinamentos, treinamentos frequentes [...] (EM2).

[...] treinamento em serviço [...] atualizações [...] cursos, palestras ou algo que pudesse promover a atualização do profissional mesmo. (EM1).

[...] nós utilizarmos discussões expositivas em sala de aula com apresentações visuais [...] (EG5).

O discurso dos gestores denota esforços em conduzir ações de capacitação nos postos de trabalho, contudo estas parecem restritas aos membros da equipe de enfermagem e destinadas à transmissão de recomendações para a prática.

[...] a gente utiliza muito a orientação em serviço [...] existe um horário [...] que geralmente a gente consegue juntar o grupo da enfermagem, pra que a gente possa fazer discussões, orientações específicas em serviço [...] (EG5).

[...] a gente vê muito capacitações em sala, no sentido de só informativo [...] Mesmo alguns em loco [...] foi algo também só informativo [...] aquela palestra, chegar e só falar, falar, falar, não aquele processo de discussão [...] (EG1).

A dinâmica de trabalho nos setores assistenciais restringe a possibilidade de discussão e reflexão sobre as situações vivenciadas e limita a implementação de ações problematizadoras.

[...] sempre, é de meia hora a quarenta e cinco minutos, no máximo, porque, infelizmente, a gente não tem como utilizar muito tempo da assistência, porque existem as demandas. (EG5).

[...] eu fui chamada pra fazer parte, mas não sei se fui interrompida no meio do caminho [...] mas não foi por falta de interesse, mas minha ida foi interrompida por causa de [...] outras prioridades [...] (EM5).

Outros relatos apontam o reconhecimento pelos membros da equipe assistencial do diálogo e da participação na tomada de decisão como oportunidades para a construção de propostas com potencial transformador da prática. Nesse depoimento, a receptividade da liderança do serviço incentivou a participação e promoveu a reunião como ambiente pedagógico compatível com EPS:

[...] as reuniões [...] a gente discute e sugere mudança [...] como a gente que está na assistência sabe das necessidades, das dificuldades, a gente traz [...] dessa forma, seria melhor [...] ela repensa, discute algumas coisas [...] acata algumas [...] recebe as sugestões [...] me sinto aberta pra sugerir algumas coisas, como já sugerimos algumas coisas aqui que ela acatou, algumas mudanças de, de rotina, sugestões de conduta [...] (EM1).

Esse cenário ratifica a proposição da PEGTES sobre a interferência da ambiência na implementação das práticas de EPS. Nesta lógica, de acordo com esse documento, faz-se necessário promover “[...] ambiência favorável à motivação, comprometimento e desempenho das pessoas” (BAHIA, 2011, p. 13).

A condução de ações educativas que estimulem autonomia e coparticipação para a tomada de decisão acerca do trabalho reflete-se em corresponsabilidade e maior efetividade na reestruturação dos serviços. Contudo, para que sejam implementadas, é necessário encontrar ressonância em um contexto organizacional que promova a complementaridade para integração das práticas em substituição à hierarquização dos saberes, que promove a fragmentação do processo de trabalho (JESUS et al., 2011; MEDEIROS et al., 2010).

A mediação de ações educativas que favoreçam a interação de categorias profissionais para discussão e troca recíproca de informações favorece à identificação de soluções abrangentes e passíveis de serem adotadas na reorganização do processo de trabalho (SILVA; SEIFFERT, 2009).

Foram citados exemplos de práticas pedagógicas que contemplam, simultaneamente, membros de categorias, reuniões, discussões em grupo e encenações. Representante da equipe assistencial reconheceu, nessas práticas coletivas, oportunidade para integração e reorganização do trabalho.

Poderia ter reuniões multidisciplinares com certa periodicidade, talvez tivesse mais coesão da equipe e melhorar o trabalho [...] (EM5).

Destaca-se também, como ação dialógica, a realização de Diálogo Diário de Segurança (DDS), exemplo de ação educativa para discussões coletivas sobre o trabalho sinalizada por representante da área de apoio.

[...] tiveram reuniões [...] com a coordenadora, pra ver como é que está, se a gente está precisando alguma coisa, como é está sendo o desenvolvimento do trabalho nos setores; ela vai nos setores e faz reunião, faz a reunião coletiva [...] (EM6).

Estratégias como a descrita poderão convergir em propostas dialógicas que norteiam a construção do conhecimento na perspectiva da EPS. Nesse sentido, espaços coletivos que fomentam a interação para análise do cotidiano podem resultar em reconhecimento de problemas, planejamento e intervenções participativas, nas quais os trabalhadores protagonizam a mudança de suas práticas (CARDOSO, 2012).

A simulação, citada como exemplo de ação educativa, é concebida como estratégia interativa no processo de ensino-aprendizagem. A simulação realística tem potencial para favorecer a comunicação, o pensamento crítico e a tomada de decisão, aumentando a segurança e a responsabilidade pelo desempenho na ação vivenciada (TEIXEIRA; FELIX, 2011).

[...] a gente tem sempre aqui treinamento [...] muitas vezes, eles mostram a parte teórica, com vivencia prática [...] também faz simulações pra poder expor melhor [...] (EM4).

A gente fez prática; eles trouxeram os bonecos [...] desfibriladores; a gente foi pra uma sala [...] Todo mundo trabalhando em conjunto e foi muito boa, simulação. (EM3).

Participante da equipe de EPS também reconheceu como efetivas as metodologias que favorecem o envolvimento da equipe na tomada de decisão. Para a participante, esta é a condição para que as mudanças sejam implementadas no trabalho. Ela cita também, pontualmente, a realização de oficina para a validação de normatização de registros, como exemplo favorável à mudança de práticas.

[...] foi importante que a tomada de decisão teve a participação deles pra que venha realmente você construir um processo de mudança, porque não é treinar por treinar; a gente tem que inserir o operacional

[...] pra que ocorra realmente a partir daquela capacitação, daquele processo [...] venha ocorrer a mudança [...] (EG1).

Para essa gestora, atuante no SEPS, há necessidade de instituir mudanças nas estratégias educativas adotadas, para que se configurem em EPS, já que as ações atuais, por terem cunho informativo, não predisõem discussões para a revisão e transformação dos processos de trabalho.

É como se fosse uma capacitação e não a Educação Permanente no processo de você discutir uma prática e tentar realmente rever e acontecer a mudança. Então, é algo que a gente precisa [...] discutir todo o processo da prática, e aí haver a mudança e não ser realmente algo informativo [...] (EG1).

Tais reflexões evidenciam esforços do SEPS para reconhecer suas fragilidades e reorganizar seu próprio processo de trabalho. A implicação dos profissionais que conduzem as ações educativas com os pressupostos da EPS orienta para a reestruturação do modelo de aprendizagem organizacional, fundamentada na participação dos profissionais, com base nas suas experiências, na construção de novas formas de condução dos processos em que estão inseridos.

Assim, o SEPS poderá implementar a EPS como estratégia para a consolidação da gestão participativa nas organizações de saúde, promovendo a adequação das práticas às necessidades do trabalho mediante a construção coletiva e democrática de soluções criativas e resolutivas originárias da reflexão acerca das vivências dos trabalhadores (MEDEIROS et al., 2010).

As metodologias adotadas na organização refletem pedagogias tradicionais que, geralmente, limitam-se a promover disseminação de informações, orientações para o exercício de funções ou a realização de determinados procedimentos. Assim, foram unânimes os exemplos de aulas expositivas, palestras, orientações em serviço e capacitações.

É recomendada a adoção de práticas pedagógicas que fomentem o diálogo, a reflexão e a decisão coletiva (MENDES, 2005). Nesta perspectiva, metodologias problematizadoras conduzem para a observação crítica da realidade e para a identificação contextualizada e teorizada dos problemas que interferem no trabalho, promovendo implicação com a elaboração de estratégias e sugestões para controle ou solução (MITRE et al., 2008).

A utilização de recursos tecnológicos que proporcionem socialização da informação também deve ser mediada por metodologias problematizadoras, que fomentem a construção no saber coletivo e organizacional para a reorganização das práticas. A incorporação desses recursos não exclui a adoção de metodologias tradicionais, desde que sejam complementares e contextualizadas, eleitas com base na necessidade do cotidiano (LARANJA, 2012).

Entre as metodologias recomendadas por Mendes (2005), a observação sistematizada, que objetiva identificar comportamentos manifestos, pode ser aplicada à prática de EPS nos hospitais, observando-se interferências na avaliação relacionadas à subjetividade e a erros de percepção do observador, que podem ser minimizados pela definição de critérios e parâmetros sistemáticos.

As normativas preconizam a adoção da problematização como princípio para a incorporação da EPS na cultura organizacional. Orientam, para tanto, que situações problemas do cotidiano sejam reconhecidas e analisadas pelos trabalhadores e ainda que sejam articulados ambientes de discussão que favoreçam, com base no empoderamento das equipes de trabalho, a construção de práticas com potencial para modificar a realidade.

A análise dos depoimentos revela distanciamento das práticas educativas adotadas com os princípios e diretrizes que norteiam a implementação da EPS compatível com as necessidades formativas para o trabalho em uma organização de alta complexidade, contudo evidencia-se efetivo investimento na formação técnica dos trabalhadores.

As reflexões e os questionamentos das gestoras da educação no trabalho apontam para o reconhecimento de fragilidades no modelo formativo vigente e direcionam para a reorganização de práticas de EPS inclusivas, que contemplem, além da troca/construção do saber técnico, a incorporação do diálogo e a participação ativa dos trabalhadores em seu processo formativo.

4.4 AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO NO TRABALHO

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) prevê a avaliação no processo educacional como critério para a verificação de rendimento. Também delibera sobre a avaliação como processo contínuo, cumulativo, que prioriza aspectos qualitativos e históricos em detrimento dos quantitativos e eventuais, podendo ser utilizada como estratégia para definir a progressão por meio do nível de desenvolvimento e experiência (BRASIL, 1996).

Na formação, avaliação e verificação tendem a se aproximar, ao dissociar avaliação da aprendizagem e reduzir o processo avaliativo a uma verificação pontual e somativa dos acertos obtidos para medir e classificar a aprendizagem, não implicando na observação de erros que possam refletir lacunas na aprendizagem e na verificação de construções significativas (MENDES, 2005).

Na condução deste estudo, ao considerar a definição do modelo avaliativo para as ações de EPS em uma política organizacional, restringiu-se o questionamento sobre a avaliação do resultado ou o impacto da EPS na equipe de gestores das práticas educativas.

Nesta mesma lógica, uma das depoentes da equipe assistencial atribuiu ao SEPS a responsabilidade de averiguar o impacto das ações educativas.

[...] o setor é responsável por [...] oferecer esses treinamentos, de se preocupar em atualizar os profissionais e avaliar se esses treinamentos serviram pra trazer melhora ou não [...] (EM4).

Para outra profissional, apesar de não existirem métodos para esse fim, a efetividade nas ações pode ser evidenciada na replicação dos saberes e orientações que emergem da ação educativa na prática.

[...] a gente aplica [...] o que a gente aprendeu, mas não tem assim, prova nem nada que pós-treinamento avalie o conteúdo aprendido. Não se tem avaliação não. Normalmente, eles ensinam, a gente aprende e replica, na prática, mas nunca respondi nenhum instrumento de avaliação [...] (EM1).

A análise evidencia que as depoentes do grupo gestor e do SEPS não reconhecem as orientações e os instrumentos oriundos do Regimento como diretrizes para avaliar a efetividade das ações educativas. Contudo, para essas participantes, o impacto da EPS está relacionado à verificação da melhoria do desempenho do trabalhador após sua participação em uma atividade educativa.

Relatam, assim, que, após participar de algumas atividades expositivas, trabalhadores são submetidos a avaliações de múltipla escolha, bem como a testes pós-intervenção, para avaliar seu aproveitamento. Contudo, como em outras realidades apontadas em estudo desenvolvido em organizações hospitalares, não foi relatada continuidade dessa avaliação nem o uso desses resultados para reestruturar a organização do trabalho ou da prática educativa (MASSAROLI, 2012).

[...] tem um instrumento de avaliação mesmo, com poucas questões relacionadas à aula que foi feita, pra ver se realmente houve entendimento [...] (EG2).

Tal estratégia almeja identificar pontualmente a apreensão do conhecimento após a exposição à prática educativa. Não averigua mudanças individuais ou coletivas de comportamento, pois não propicia monitoramento da implementação das propostas registradas no instrumento nos processos de trabalho.

Apesar de ser citado como diretriz para avaliação do impacto e efetividade da EPS por apenas uma entrevistada, o Regulamento para Educação e Treinamento (2012, p. 5) destina uma seção para nortear a avaliação das ações educativas e atribui à avaliação a retroalimentação do processo de educação no trabalho: “[...] visando avaliar o desempenho do evento e possibilitar o tratamento adequado das não conformidades e/ou oportunidade de melhorias apontadas [...]”

O referido documento prevê que a metodologia avaliativa seja definida pela liderança e sugere como alternativa à supervisão, a verificação *in loco*, assim como a definição e o acompanhamento de indicadores. Apresenta, em seus anexos, instrumentos que sistematizam a avaliação da ação de EPS por meio da supervisão para avaliação do aproveitamento e da aplicação de instrumento para a estimativa genérica da qualidade e organização de eventos (desempenho do instrutor, qualidade do material, contribuição do evento), assemelhando-se à avaliação da satisfação do ouvinte com a exposição.

O instrumento “Planejamento e Avaliação de Resultados Pós-treinamentos” contempla informações sobre o treinamento (justificativa, resultados esperados, metodologia e recursos) e sobre resultado da avaliação (período, método de auditoria, resultado alcançado e ação para não conformidade), recomendando que a avaliação dos resultados seja associada ao mapeamento de processo.

Há, por parte do SEPS, expectativa quanto à melhoria da qualidade da assistência após a intervenção educativa. Contudo, não é citada a análise de processos como estratégia para avaliar aspectos multifatoriais das ocorrências relacionadas à assistência a saúde.

Acho que os resultados que a gente pode esperar é se o que foi treinado em sala ou em loco [...] está causando, está gerando algum impacto na assistência; se a gente está tendo mais segurança [...] se a gente está diminuindo os níveis de infecção [...] (EG2).

As depoentes citam o monitoramento de itens de controle (indicadores), evidências de desempenho setorial, como uma oportunidade de avaliação do resultado da ação de EPS e demonstram isso ao associar o desempenho do trabalhador ao do setor.

[...] então, o que você vai ver: se aquela infecção diminuiu, então, conseqüentemente, o treinamento foi proveitoso para a equipe [...] (EG2).

[...] isso tem que repercutir lá, no resultado do produto, entendeu? [...] no produto, que é o resultado do processo [...] (EG3).

A Auditoria Clínica foi citada, de forma complementar, como método para avaliação de ações assistenciais, por meio dos registros em prontuários.

[...] a gente vai verificar pra ver, como se fosse uma auditoria clínica [...] é você olhar a integralidade dessa assistência que está sendo prestada ao paciente [...] desde a assistência propriamente dita [...] e o registro também desse profissional no prontuário [...] (EG1).

Auditoria Clínica consiste em uma metodologia que avalia, de forma sistemática, a prática do cuidado clínico multiprofissional, contrastando-a com requisitos previamente preconizados. É indicada como estratégia para análise dos resultados das ações de saúde, da adesão a leis, normas, rotinas e protocolos e ainda reconhecimento de vulnerabilidades nos processos assistenciais (AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013; BRASIL, 2010).

Consoante esse entendimento, a adoção de auditoria clínica para avaliar o trabalho não deve estar restrita à avaliação isolada de registros ou da ação de determinada categoria; deve vir associada ao monitoramento do processo de trabalho, que é coletivo e multifatorial na saúde, não limitado aos registros de ações executadas, e acompanhado por propostas que repercutam em reorganização.

Citada como estratégia avaliativa para a educação no trabalho, a auditoria é recomendada como diretriz organizacional (REGULAMENTO..., 2012). Entretanto, não há referências à adoção da auditoria clínica nem da auditoria de processos de trabalho. Apesar de apresentar instrumentos para sistematizar registros de auditoria, não orienta a sua operacionalização.

Quanto à avaliação, concebida como processo dinâmico e formativo, deve ser vinculada aos objetivos das intervenções e mediações educacionais e contribuir para a definição de novas possibilidades educativas, contemplando a participação do educando no reconhecimento consciente de suas dificuldades e na identificação de possibilidades de superação (MENDES, 2005; MITRE et al., 2008).

Aspectos relacionados ao comportamento e à motivação dos trabalhadores foram apontados como limitadores da efetividade das ações de EPS. Contudo, não foram evidenciadas, na análise dos discursos, interfaces para o desenvolvimento de aspectos organizacionais relativos à subjetividade que permeia o trabalho nas organizações de saúde.

[...] pode não conseguir 100%, porque também depende do outro, da motivação do outro, em poder aplicar o conhecimento que está ali sendo discutido [...] (EG5).

[...] não é só o treinamento por si só; ele tem que envolver, ele tem que estar engajando esses profissionais, indo na esfera mais emocional, pra que ele de fato consiga colocar em prática [...] (EG4).

Como estratégia quantitativa, foi citado, por uma depoente, o monitoramento da produção do SEPS por meio do indicador Hora/Homem (HH), adotado como item de controle do investimento e da quantidade de horas disponibilizadas para a educação dos trabalhadores. Esse indicador é pactuado no contrato de gestão, que determina parâmetros e metas para a prestação de serviços de saúde pelo HS ao SUS, e é perseguido como meta por gestores e pela equipe da EPS.

O resultado ele é quantitativo [...] até por conta da meta do edital que mensura a quantidade de homens/horas treinadas e há uma necessidade de se avaliar a efetividade, mas isso é muito difícil [...] no próprio regulamento do treinamento existe um documento de planejamento que fala dos objetivos [...] o próprio objetivo é aquela meta que se quer alcançar [...] (EG4).

Entendemos que reduzir a avaliação da efetividade das ações formativas ao trabalho à somatória de horas dedicadas à participação dos trabalhadores em atividades com pretensão educativa não assegura o investimento da organização na formação de seus trabalhadores e não reflete mudanças nas práticas de saúde.

Apesar de o hospital estudado disponibilizar documento que direcione e sistematize a avaliação da EPS, a ausência de sistemática para a avaliação efetiva das ações educativas foi mencionada como oportunidade de melhoria pela maioria das depoentes, que sinalizaram a necessidade de se definir metodologia que as instrumentalize para esse fim.

A gente hoje não tem um instrumento só pra monitorar [...] a ação, pós um treinamento específico [...] uma das propostas de melhoria [...] a gente fica um pouco na observação [...] (EG5).

[...] a gente está buscando ferramentas, instrumentos, pra que a gente possa validar as ações de Educação Permanente. (EG3).

Mendes (2005) sugere que a autoavaliação orientada por roteiros que permitam avaliar aspectos distintos e relacionados com o contexto da aprendizagem favorece a corresponsabilidade e a reflexão sobre eventuais fragilidades do trabalhador.

A PNEPS prevê a definição de metas e indicadores de processos para acompanhar o resultado de sua implementação. Atribui à SGTES a responsabilidade pela integração desses indicadores àqueles explicitados no Pacto pela Saúde. Em contrapartida, a PEGTES não explicita, em suas diretrizes, os itens que serão monitorados. Também as normativas não

sugerem estratégias que subsidiem os gestores e profissionais de EPS na avaliação de seus processos de trabalho.

Adotar a avaliação processual e formativa para a educação no trabalho significa compreender, desde seu planejamento, o potencial de intervenção da ação educativa, independente da sua denominação ou metodologia. Para tanto, é necessário compreender as concepções que envolvem a EPS e seus pressupostos.

Pensar em averiguar o impacto e a efetividade da EPS está condicionado à avaliação do processo de trabalho e de suas interfaces. O desafio para os profissionais que adotam a EPS como estratégia pode estar na identificação de metodologias que impliquem os trabalhadores para a participação efetiva em seu processo formativo, adotando a autoavaliação como oportunidade de melhoria, para que as propostas e os saberes emanados da educação no trabalho sejam significantes e efetivamente implementados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação no trabalho é uma prática social com potencial para mobilizar saberes e estimular os trabalhadores a pensar criticamente sobre o processo de trabalho nos serviços de saúde. Nesta lógica insere-se a proposta político-pedagógica de EPS.

Compreendemos a EPS como uma prática polissêmica de ensino-aprendizagem no trabalho, que se fundamenta na aprendizagem significativa e organizacional e na participação ativa dos atores (equipes de saúde e gestores) na problematização do processo de trabalho.

A EPS apresenta potencial para triangular o aprender a fazer, a ser e a conviver preconizados como pilares da educação (DELORS, 1999). Ao oportunizar a ampliação de saberes e o diálogo, subsidia a compreensão do contexto e das interfaces que permeiam o processo de trabalho coletivo nos serviços de saúde, fomentando o senso crítico e a autonomia para a tomada de decisão consciente.

Nesse sentido, a educação desenvolvida no trabalho favorece a construção de um currículo signifiante, no qual o saber instituído por normas e rotinas preconcebidas não se sobrepõe ao saber fazer e saber ser construídos, dinâmica e coletivamente, com base no conhecimento eleito como formativo e com maior potencial para aprendizagem.

A EPS constitui-se, assim, em estratégia que fomenta o repensar das práticas para reconhecimento de suas fragilidades e potencialidades, promovendo a implicação de trabalhadores e gestores para ressignificar o processo de trabalho por meio de mudanças que visem a solução efetiva dos problemas oriundos do cotidiano do trabalho.

Investimentos em desvendar as concepções sobre educação no trabalho apontam para a preocupação em distinguir conceitualmente ES, EC e EPS, reconhecendo tais práticas como estratégias distintas e hierarquizadas que podem almejar desde a formatação do trabalhador para o trabalho até o desenvolvimento do potencial crítico e reflexivo para a tomada de decisão.

Tais concepções permeiam a dialética que reduz ou maximiza as potencialidades da educação e dissociam aspectos relativos à autonomia e intencionalidade do sujeito e também à interferência da ambiência do processo formativo. Compreendidas como práticas complementares, as ações de ES, EC e EPS despontam como estratégias exitosas e imprescindíveis à formação no trabalho.

A PNEPS constituiu-se em proposta estruturada para a formação dos trabalhadores da saúde. Adotou o contexto dos serviços, como ambiente pedagógico, e a problematização, como estratégia mobilizadora para o desenvolvimento do pensamento crítico e estímulo ao protagonismo dos trabalhadores com vistas à transformação do modelo de atenção à saúde.

Contudo, essas expectativas devem reconhecer a impossibilidade de a educação, isoladamente, produzir transformações na atual conjuntura dos serviços de saúde. Modificações na organização dos serviços dependem de reformulações estruturais, pois contextos que favorecem a precarização tendem ao estranhamento, comprometem a segurança e a qualidade, além de impactarem diretamente na efetividade de modelos assistenciais que demandem coparticipação para a integralidade.

Na Bahia, a PEGTES intenciona nortear a operacionalização da EPS como estratégia para promover a capacidade formativa do SUS. Ressalta a interface entre gestão do trabalho e educação e vislumbra, na articulação entre desenvolvimento de competências, ambiência e interdisciplinaridade, condição para a humanização das práticas e consolidação dos princípios do SUS.

Com a perspectiva de subsidiar a implantação e a implementação de práticas pedagógicas em organizações hospitalares, este estudo teve por objetivo analisar de que forma está inserida e organizada a EPS em um hospital de grande porte cujas diretrizes preconizam segurança e qualidade e reconhecem o trabalho como espaço formativo.

Na organização estudada, o efetivo investimento em EPS pôde ser observado por meio da existência de políticas internas que promovem a operacionalização da educação no trabalho e favorecem a organização de práticas educativas, iniciadas sob a gestão do Serviço de EP antes mesmo da inauguração do hospital.

O modelo de gestão no hospital analisado concede autonomia aos seus dirigentes para definirem diretrizes internas que fomentem a educação no trabalho como política para implementação de novas práticas ou reorganização das ações. As evidências ratificaram que a incorporação da EPS ao trabalho no hospital está condicionada à existência de políticas organizacionais que direcionem para esse fim.

A gestão de EPS está sob a responsabilidade de uma enfermeira desde a sua implantação. A atuação da enfermeira na gestão das práticas educativas é favorecida pela dinâmica característica de seus processos de trabalho. Com o intuito de articular o trabalho das equipes para que seja implementada a assistência planejada, a enfermeira promove a interface contínua e ininterrupta entre serviços, pacientes, acompanhantes, gestores e profissionais das diversas categorias, favorecendo o diálogo e a prática interprofissional.

A trajetória de implantação evidencia que a experiência vivenciada em outro serviço respaldou a atuação da enfermeira no SEPS. O planejamento das ações e a organização do serviço foram norteados pelas suas vivências prévias e direcionados pelas necessidades de saúde demandadas pela expectativa de perfil nosológico.

Neste sentido, as concepções de EPS apresentadas no estudo não apontaram as normativas estadual e federal como balizadoras para implantação ou implementação das práticas educativas no hospital ou como assessoria para a condução das ações. Em contrapartida, a Acreditação Hospitalar emergiu como impulsionadora para os investimentos na qualificação dos trabalhadores.

A Acreditação norteou o planejamento das ações educativas e direcionou para a normatização dessas ações, propondo autonomia de líderes na gestão dos processos educativos de seus liderados. Contudo, apesar do investimento em documentos que orientam para este fim, não foram evidenciadas estratégias que subsidiassem os gestores para a compreensão dos pressupostos da EPS.

A EPS foi concebida pela equipe do SEPS e por representantes de gestores e da equipe multiprofissional como prática instrutiva que promove qualificação da assistência e conduz para a Certificação para Acreditação Hospitalar. Neste sentido, há expectativas para que a EPS instrumentalize o trabalhador para o melhor desempenho da sua função, por meio da atualização profissional contínua e da disseminação de informações.

A cultura de monitoramento de fragilidades assistenciais direciona para a identificação de necessidades educativas pelas lideranças, que utilizam as ocorrências de não conformidades nos padrões instituídos e a implementação de rotinas como indícios para necessidades de EPS. A parceria com as lideranças internas foi evidenciada como condição para a condução da educação no trabalho.

Em convergência com as políticas nacional e estadual, o SEPS compila as necessidades educativas evidenciadas com base na alteração no perfil nosológico, nas condições de saúde da comunidade e naquelas demandas das lideranças organizacionais para implementação de normas, rotinas, protocolos e tecnologias, disseminação da cultura organizacional ou políticas internas.

Não foi evidenciada metodologia efetiva que assegurasse a participação dos trabalhadores na identificação de necessidades ou em qualquer fase do planejamento das ações educativas.

Ainda que tenha sido reconhecido seu potencial para transformação e melhoria das práticas, há expectativas quanto à adoção da EPS como recurso pedagógico para adequação do trabalhador aos processos de trabalho preconcebidos, disseminados nas ações educativas.

A participação passiva dos trabalhadores no planejamento e nas ações de capacitação e treinamento não assegura a reprodução do fazer instituído pela organização, limita a criatividade e a implicação, favorece o estranhamento e distancia o trabalhador da gestão de

seu processo de trabalho, repercutindo em tímidos resultados na reorganização das práticas e na otimização do uso de recursos nos serviços de saúde.

Os resultados apontaram ainda para a adoção majoritária de práticas pedagógicas tradicionais (pautadas na transmissão), organizadas por categorias de profissionais, direcionadas quase que exclusivamente à enfermagem e centradas na disseminação e transmissão de informações e orientações para a condução da assistência e realização de procedimentos.

A hierarquização de saberes técnicos em detrimento dos relacionais atende aos requisitos da formação direcionada para a intensificação da especialização profissional e da divisão de trabalho, incompatíveis com o modelo de saúde que almeja a integralidade da assistência para a promoção da saúde.

Ações ainda incipientes, como oficinas e reuniões multiprofissionais, emergiram como inovadoras e tendem à produção ou consolidação de saberes que promovem implicação e estimulam busca de soluções inovadoras em resposta às problemáticas.

Foram incipientes os investimentos no desenvolvimento de potencialidades comportamentais que respaldem a escuta qualificada, o enfrentamento de conflitos, a liderança e a tomada de decisão coletiva que viabilizem o planejamento da assistência direcionado às necessidades de saúde. A implementação de ações nesta perspectiva demanda parcerias com profissionais com *expertise* em psicologia organizacional ou áreas afins.

Parcerias com instituições formadoras também poderiam contribuir para esse fim. Contudo, não percebemos sistemáticas que favoreçam a interface ensino e serviço como estratégia de apoio mútuo à formação dos trabalhadores e estudantes da saúde e à produção de conhecimento multiprofissional.

As fragilidades relativas à implementação de práticas problematizadoras e significativas foram reconhecidas pelas participantes que gerenciam a EPS, que demonstraram preocupação em avaliar a efetividade das ações implementadas.

A efetividade da EPS é mensurada por meio da auditoria de registros e supervisão sistematizada de procedimentos, realizada pontualmente e mediante cronograma. Também são utilizadas como estratégias o gerenciamento de protocolos, o monitoramento dos indicadores de ocorrência de não conformidades, dos erros e das taxas, como infecção hospitalar, tempo de permanência, acidente de trabalho, quebra de equipamentos, controle de custos, entre outros.

As ações promovem ressignificação das práticas de cuidado, interface e diálogo entre as categorias e níveis hierárquicos distintos, além de busca de sugestões e inovação para o

trabalho, as ações educativas podem ser associadas ainda à redução de *turn over*, melhoria da satisfação do profissional e do usuário, resolução de conflitos e uso racional de recursos.

As normativas afirmam a necessidade de avaliação da EPS por meio de definição de metas e monitoramento de indicadores a serem pactuados. Contudo, ainda deixam lacunas quanto à incorporação da EPS à cultura organizacional e à identificação de itens de monitoramento para o estabelecimento das metas e metodologias para avaliação processual e dinâmica do impacto dos processos educativos na reformulação das práticas ou consolidação do SUS.

Na organização estudada, o contrato de gestão prediz numericamente, em horas, o investimento em ações educativas a ser dispensado pela organização a cada trimestre, não direciona para avaliação de necessidades e condiciona gestores e trabalhadores para o acúmulo de horas de treinamento em detrimento das ações com maior efetividade na reorganização das práticas.

A educação no trabalho constitui um conjunto de práticas que, planejadas e desenvolvidas no cotidiano do trabalho, contemplam, por vezes, ações teóricas ou práticas, discursivas ou expositivas, pontuais ou contínuas, uni ou interprofissionais, mas que exigem a compreensão de seu potencial de intervenção e a participação ativa e consciente do trabalhador na autoria de seus processos de aprendizagem.

Tais modalidades educativas tendem a propiciar construção de saberes singulares, resultantes da implicação dos atores (usuários, pacientes, trabalhadores e gestores) com suas práticas. Constituem oportunidades de reflexão e repercutem em capital intelectual para o serviço, com significância na melhoria da qualidade, reformulação dos processos e efetividade do trabalho.

A análise da organização de serviços de EPS por meio de estudo de caso apresenta, por limitação, a descrição de fatos e estratégias representativos em um determinado contexto que podem não repercutir similarmente em realidades distintas. Sugerimos, assim, que sejam desenvolvidos estudos que avaliem a organização das práticas educativas em distintos modelos gerenciais e estruturas organizacionais.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde*. 4. ed. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2013. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação ONA, v. 1).
- AMESTOY, S.C. et al. Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, RS, v. 31, n. 2, p. 383-387, jun. 2010.
- ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 6. ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1999.
- AYACH, C.; MOIMAZ, S.A.S.; GARBIN, C.A.S. Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 237-248, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000100021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 set. 2014.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. *Política estadual de gestão do trabalho e da educação na saúde - PEGTES*. Salvador, 2011.
- BAPTISTA, T.W.F. O direito á saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. *Textos de apoio em políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 11-41.
- BÁRTOLO, E. *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar: um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa, PT: Climepsi, 2007.
- BOCCHI, S.C.M.; JULIANI, C.M.C.M.; SPIRI, W.C. *Métodos qualitativos de pesquisa: uma tentativa de desmistificar a sua compreensão*. Botucatu: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina, UNESP, 2008.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001*. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Brasília, 2001.
- _____. *Fixação de um Plano Nacional de Saúde* In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 3., Brasília, 9 a 14 de dezembro de 1963. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatórios/relatório>. Acesso em: 13 fev. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013*. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 25 mar. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde*. Brasília, 2004b.

_____. *Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2004c.

_____. *Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2013.

_____. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 26 set. 2014.

_____. *Portaria Interministerial nº 1006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004*. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2004a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm>>. Acesso em: 22 mar. 2013.

_____. *Portaria interministerial nº 2.400, de 2 de outubro de 2007*. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Brasília, 2007a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2400.htm>>. Acesso em: 19 mar. 2013.

_____. Relatório Final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA SAÚDE. Brasília, 1986.

_____. Recursos Humanos para as Atividades de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., Rio de Janeiro, 1967. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 11 fev. 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/>>. Acesso em: 11 jul. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 25 ago. 2014.

_____. *Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004*. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/111079.htm>. Acesso em: 24 ago. 2014.

_____. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm>. Acesso em: 22 out. 2014.

BURNHAM, T.F. Análise contrastiva: memória da construção de uma metodologia para investigar a tradução de conhecimento científico em conhecimento público. *DataGramZero – Rev. Ciênc. Inf.*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, art. 3, jun. 2002. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/2985>>. Acesso em: 21 maio 2014.

- CANÁRIO, R. Formação e mudança no campo da saúde. In: CANÁRIO, R. (Org.). *Formação e situações de trabalho*. Lisboa: Porto Editora, 1997. p. 117-136.
- CARDOSO, I.M. Rodas de educação permanente na atenção básica de saúde: analisando contribuições. *Saúde Soc. [online]*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 18-28, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/02.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2014.
- CARMO, R.G. Resenha do livro: PINTO, G. A. A organização do trabalho no século 20: e taylorismo, fordismo, toyotismo. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010. *Rev. HISTEDBR On-line*, Campinas, n. 44, p. 325-327, dez. 2011.
- CARRERA, M.B.M. Parceria público-privada na saúde no Brasil: estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador - Bahia. 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.
- CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.
- CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), 2008. p. 162-168.
- CORREIA, J.A. A invenção das modernas concepções de trabalho e formação. In: CANÁRIO, R. (Org.). *Formação e situações de trabalho*. Lisboa: Porto Editora, 1997. p. 13-41.
- COTRIM-GUIMARÃES, I.M.A. *Programa de educação permanente e continuada da equipe de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições*. 2009. 132 f. Dissertação (Mestrado em Modalidade Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- CRESWELL, J.W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- DANIVI, M.C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Série Pactos pela Saúde, v. 9).
- DELORS, J. (Coord.). Os quatro pilares da educação. In: DELORS, J. et al. *Educação um tesouro a descobrir*. Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo: Cortez, 1999. p. 89-102.
- FAGUNDES, N.C. et al. *Análise do trabalho e do processo de educação permanente da enfermeira no contexto do SUS*. Projeto de Pesquisa conduzido pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Realizado entre dez. 2010 e maio 2012. Salvador, 2010. Disponível em: <<https://blog.ufba.br/grupogerirenfermagem>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

FAGUNDES, N.C.; BURNHAM, T.F. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. *Interface - comunic., saúde, educ.*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 105-114, set. 2004/fev. 2005.

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

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

FERRETTI, C.J. Formação profissional e reforma do ensino técnico no Brasil: anos 90. *Educ. soc.*, Campinas, SP, ano XVIII, n. 59, p. 225-269, ago. 1997.

FORTUNA, C.M. et al. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. *Rev. latino-am. enferm.* Ribeirão Preto, SP, v. 19, n. 2, 10 telas, mar./abr. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_25>. Acesso em: 11 set. 2014.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 50. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FREITAG, B. *Escola, estado e sociedade*. 6. ed. rev. São Paulo, Moraes, 1986. (Coleção educação universitária).

FURLANETTO, D.; ARRUDA, M.P. Uma questão profissional: a identidade do professor enfermeiro. Trabalho apresentado no IX ANPED Sul e IX Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul. Caxias do Sul, RS, 2012. Disponível em: <<http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/view/2745/515>>: Acesso em: 13 set. 2014.

GARANHANI, M.L. et al. As práticas educativas realizadas por enfermeiros da área hospitalar publicados em periódicos nacionais. *Ciênc. cuid. saúde*, Maringá, RJ, v. 8, n. 2, p. 205-212, abr./jun. 2009.

GARCIA, A.C.P. Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política. 2010. 169 f. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (Ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 64-89.

GORZ, A. *Metamorfoses do trabalho*. São Paulo: AnnaBlume, 2001.

HAMILTON, N.D. Análise contrastiva entre a pedagogia crítica e a abordagem comunicativa. *HELB*, Brasília, Ano 6, n. 6, não paginado, 2012. Disponível em: <http://www.helb.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=200:analise-contrastiva-entre-a-pedagogia-critica-e-a-abordagem-comunicativa&catid=1112:ano-6-no-6-12>. Acesso em: 12 jul. 2014.

JESUS, M.C.P. et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1229-1236, 2011. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 12 set. 2014.

KRUGER, H-H.; SCHIPPLING, A. Ciência crítica e reflexiva da educação: desenvolvimentos e perspectivas na Alemanha. *Linhas críticas [online]*, Brasília, DF, v. 16, n. 31, p. 219-238, 2010. Disponível em: <<http://educa.fcc.org.br/pdf/lc/v16n31/v16n31a02.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2014.

LARANJA, M.R.A. *A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no município de São Paulo*. 2012. 23 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Políticas Públicas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/10052>>. Acesso em: 4 ago. 2014.

LEMONS, C.L.S. *A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde*. 2010. 171 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: UFMG, 1999.

MACEDO, R.S. Primeiros argumentos: a obra e sua itinerância. In: MACEDO, R.S. *Compreender/mediar a formação: o fundante da educação*. Brasília: Liber Livro, 2010. p. 21-40.

MASSAROLI, A. Educação permanente como ferramenta para o aprimoramento das práticas de controle hospitalar. 2012. 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/100381?show=full>>. Acesso em: 22 set. 2014.

MATHIAS, M. Educar para transformar a prática. *RET-SUS*, Rio de Janeiro, Ano V, n. 39, p. 12-17, out. 2010.

MEDEIROS, A.C. et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. *Rev. bras. enferm. [online]*, Brasília, v. 63, n. 1, p. 38-42, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a07.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

MENDES GONÇALVES, R.B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR - Textos, 1).

MENDES, O.M. Avaliação formativa no ensino superior: reflexões e alternativas possíveis. In: VEIGA, I.P.A.; NAVES, M.L.P. (Org.). *Currículo e avaliação na educação superior*. Araraquara: Junqueira & Marin, 2005. p. 175-197. Disponível em: <www.proiac.uff.br/sites/default/files/avaliacao_formativa_olenir.pdf>. Acesso em: 26 set 2014.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface [online]*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a15.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2011.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MITRE, S.M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. saúde coletiva* [online], Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008. Acesso em: 13 set. 2014.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *Rev. esc. enferm. USP* [online], São Paulo, v. 44, n. 3, p. 597-604, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/07.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2014.

NAKATANI, A.Y.K.; CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. O ensino de diagnóstico de enfermagem através da pedagogia da problematização. *Rev. eletr. enferm.* (online), Goiânia, v. 2, n. 1, p. 1-8, jan./jun. 2000. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/Problema.html>. Acesso em: 13 maio 2012.

OLIVEIRA, J.L.T.; CANDIÁ, M.R.; LEOPOLDO, M.L.A. Educação continuada para profissionais de saúde de uma unidade de atenção primária à saúde de juiz de fora por estagiários de enfermagem. *Rev. APS*, Juiz de Fora, MG, v. 15, n. 3, p. 368-373, jul./set. 2012.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; MÉIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 27 abr. 2013.

PEDUZZI, N.I.J. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 24 ago. 2014.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. saúde pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102001000100016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 ago. 2014.

PERES, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto contexto-enferm.* Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000300015&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 maio 2012.

PIERANTONI, C.R.; MACHADO, M.H. Profissões em saúde: a formação em questão. *Cadernos RH saúde*, Brasília, Ano I, v. 1, n. 3, 1993. (II Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde: Textos Apresentados).

PINTO, I.C.M.; TEIXEIRA, C.F. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, set. 2011.

PROGRAMA de capacitação 2014. Área: gerência de Enfermagem. Salvador, out. 2013.

REGULAMENTO para Educação e Treinamento. Salvador, mar. 2012.

RICALDONI, C.A.C.; SENA, R.R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho em enfermagem. *Rev. latino-am. enferm.*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-842, 2006.

SANTOS, T.A. *O valor da força de trabalho da enfermeira*. 2012. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

SANTOS, A.F.T.; RIBEIRO, N.C.F. Educação corporativa. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), 2008. p. 151-154.

SAVEDRA, Martha. *Gestão da segurança e gestão por times*. [s.l.], 2014. Disponível em: <www.iqg.com.br>. Acesso em: 1 fev. 2014.

SILVA, G.M.; SEIFFERT, M.O.L.B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 62, n. 3, p. 362-366, maio/jun. 2009.

SILVA, L.A.A. et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. *Texto & contexto enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 340-348, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a18v20n2>>. Acesso em: 21 set. 2014.

SMAHA, I.N.; CARLOTO, C.M. Educação permanente: da pedagogia para saúde. In: ALVES, G.; MONTEIRO, A.Q.; BATISTA, R.L. *Seminário do trabalho: trabalho, educação e sociabilidade*. Marília, SP: UNESP, 24-28 maio 2010. Disponível em: <<http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalho-ret-2010>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

SOUZA, M.G.G.; CRUZ, E.M.N.T.; STEFANELLI, M.C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 105-110, 2006. Disponível em: <www.ee.usp.br>. Acesso em: 23 fev. 2013.

TEIXEIRA, I.N.D.O.; FELIX, J.V.C. Simulação como estratégia de ensino em enfermagem: revisão de literatura. *Interface*, Botucatu, SP, v. 15, n. 39, p. 1173-1183, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011005000032>. Acesso em: 10 jul. 2014.

TRONCHIN, D.M.R. et al. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. esp. 2, p. 1210-1215, 2009. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 17 set. 2014.

VIEIRA, M. Recursos humanos em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), 2008. p. 343-347.

VIEIRA, A.G.R. Educação permanente: (re)vendo conceitos. *Rev. educ., cultura soc.* ECS, Sinop/MT, v. 3, n. 2, p. 179-193, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://sinop.unemat.br/projetos/revista/index.php/educacao/article/view/1239/881>>. Acesso em: 23 mar. 2014.

YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Tradução Ana Thorell; revisão técnica Cláudio Mamacena. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZANOTTO, M.A.C; DE ROSE, T.M.S. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. *Educ. pesqui.*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 45-54, jan./jun. 2003.

APÊNDICE A – CARTA DE ESCLARECIMENTOS AOS PARTICIPANTES

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa - **Educação Permanente em Saúde: implantação e implementação das práticas em uma organização hospitalar**. Esse estudo é coordenado pela prof. Dra. Norma Carapiá Fagundes e pela aluna de mestrado Anna Gabriella Carvalho Rangel, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA); linha de pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidado à Saúde. A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar os processos de implantação e de implementação das práticas de educação permanente em uma organização hospitalar do município de Salvador.

Você foi selecionado por ser profissional do hospital, ter interface com os processos de implantação e participar ativamente da gestão e/ou operacionalização das ações de Educação Permanente em Saúde na organização. Sua opinião e experiência são fundamentais para este estudo. Gostaríamos, portanto, de contar com a sua colaboração.

Sua participação será através de entrevista, a ser gravada, caso você concorde. Você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, a qualquer momento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou no local em que trabalha e você não terá nenhum custo. Esclarecemos que sua participação é voluntária e que suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, uma vez que seu nome será substituído por codinome.

A coleta das informações será feita procurando-se respeitar a sua integridade física, psíquica, intelectual, moral, social, espiritual e cultural. Os dados coletados serão arquivados durante cinco (5) anos sob guarda da pesquisadora responsável por este estudo e, após este prazo, as fitas e anotações serão destruídas. O risco oferecido pela pesquisa é baixo, apresenta mínima possibilidade de danos à você, considerando possível constrangimento que poderá sentir ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais com o investigador. Na presença deste, você poderá recusar-se a responder qualquer questionamento ou suspender sua participação na pesquisa, estando assegurado, pelo pesquisador, o sigilo quando a sua identificação e decisão e a ausência de retaliações. O benefício relacionado à sua participação será contribuir para melhoria da qualidade da educação no trabalho e da formação profissional.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e e-mail para contato com a pesquisadora. Qualquer dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar à Dra. Norma Fagundes ou à mestranda Anna Gabriella Carvalho Rangel, no endereço: Campus Universitário do Canela. Av. Dr. Augusto Viana S/N, 7º andar; :Canela. Salvador Bahia. CEP 40110-060. Telefone: (71) 32837631/82318899, ou pelos e-mails annagabbycarvalho@yahoo.com.br e fagundes@ufba.br.

Anna Gabriella Carvalho Rangel

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ declaro para fins e direitos que após ter sido esclarecido sobre o conteúdo da pesquisa intitulada **Educação Permanente em Saúde: implantação e implementação das práticas em uma organização hospitalar** e os seus respectivos objetivo, riscos e benefícios, concordo em participar do estudo respondendo as perguntas da entrevista. Minhas falas poderão ser gravadas com auxílio de um gravador digital. Minha autorização é voluntária, meu consentimento para participar da pesquisa foi uma decisão livre, sem interferência das pesquisadoras e não estou sendo remunerado (a) por este ato, podendo retirar meu consentimento do presente estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo à minha pessoa, caso não tenha interesse em continuar participando ou perceba que estou exposto a algum desconforto em decorrência da minha participação no estudo. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados e que estes estarão armazenados por 5 anos, sob guarda da pesquisadora e poderão ser apresentados para publicação em congressos e/ou revistas científicas, desde que assegurado o sigilo de minha identidade, Fui informado que os pesquisadores estarão à disposição para esclarecer dúvidas que possam me ocorrer antes, durante e após a pesquisa.

Nome: _____

Cargo: _____

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA EQUIPE ASSISTENCIAL

	Universidade Federal da Bahia		
	Escola de Enfermagem		
EPS: implantação e implementação das práticas em uma organização hospitalar			
DADOS GERAIS			
Código:	Profissão	Cargo	Data Adm: / /
Sexo:	Idade:	Carga Horária semanal total dos vínculos	
Nº vínculos formais:		Nº vínculos informais:	
EDUCAÇÃO FORMAL			
NS	Ano Graduação:	Pós Graduação: () NÃO () SIM	
	() Residência Ano conclusão: ____	() Especialização () 1 () 2-3 () 4-5 Ano conclusão 1ª ____ Ano conclusão última ____	
	() Mestrado Ano conclusão ____	() Curso Extensão () 1 () 2-3 () 4-5 Ano conclusão 1ª ____ Ano conclusão última ____	
	() Doutorado Ano conclusão ____	Ano conclusão 1ª ____ Ano conclusão última ____	
NM	Conclusão Curso Técnico:	() Curso Aprimoramento () 1 () 2-3 () 4-5	
	() Graduação em curso ____	Ano conclusão 1ª ____ Ano conclusão última ____	

Você recorda de atividades para educação /capacitação/treinamento/qualificação direcionadas para você/ sua categoria profissional realizadas na organização?

Com que frequência você participa das ações educativas propostas pelo Hospital?

Como soube da realização destas atividades? Como foi definida a escolha dos conteúdos abordados nestas ações educativas?

Como são planejadas e operacionalizadas as atividades educativas direcionadas para você e sua categoria profissional na organização?

Você se recorda de ter implementado mudanças no seu trabalho ou no de sua equipe em decorrência da sua participação em algumas dessas atividades educativas?

Você julga necessário participar de atividades de EP ? Por quê?

Que estratégias você poderia sugerir para aprimorar o processo de trabalho seu e da sua equipe nesta organização hospitalar?

Além das atividades internas, você participou de alguma de atividade de capacitação externa nos dois últimos anos com incentivo da organização? Quantos? E de que tipo?

O que você entende como educação permanente? Cite atividades que você considera como de educação permanente.

**APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SERVIÇO DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE/ GESTOR**

	Universidade Federal da Bahia		
	Escola de Enfermagem		
EPS: implantação e implementação das práticas em uma organização hospitalar			
DADOS GERAIS			
Código:	Profissão	Cargo	Data Adm: / /
Sexo:	Idade:	Carga Horária semanal total dos vínculos	
Nº vínculos formais:		Nº vínculos informais:	
EDUCAÇÃO FORMAL			
NS	Ano Graduação:	Pós Graduação: () NÃO () SIM	
	() Residência Ano conclusão: ____	() Especialização () 1 () 2-3 () 4-5	
		Ano conclusão 1ª ____ Ano conclusão última ____	
	() Mestrado Ano conclusão ____	() Curso Extensão () 1 () 2-3 () 4-5	
	() Doutorado Ano conclusão ____	Ano conclusão 1ª ____ Ano conclusão última ____	
NM	Conclusão Curso Técnico:	() Curso Aprimoramento () 1 () 2-3 () 4-5	
	() Graduação em curso ____	Ano conclusão 1ª ____ Ano conclusão última ____	

Como ocorreu sua inserção no serviço de Educação Permanente (EP)? Você realizou alguma capacitação direcionada a sua atuação em EP?

Fale sobre a implantação do Serviço de EP nesta organização.

Que normativas (nacional, estadual, local) norteiam o desenvolvimento das ações de EP nesta organização?

Quais são as atribuições do Serviço de EP?

De que forma as ações de EP são planejadas e operacionalizadas ? (Quem participa desse processo? Como são definidas as necessidades de EP? Como os temas ou conteúdos são escolhidos? Quais as metodologias mais utilizadas para o desenvolvimento das ações de EP?)

Possui Plano de Educação Permanente? Que grupos são contemplados nas ações educativas planejadas pelo serviço de EP?

Como é avaliado resultado ou impacto das ações de EP?

De que forma ocorre a interface entre a EP e o processo de trabalho no hospital?

Você considera que as ações de EP contribuem para transformar os processos de trabalho? De que forma ocorre?

Como se dá participação do serviço de EPS nos processos de certificação?

Roteiro de Entrevista Equipe EPS - Resp. Anna Gabriella C .Rangel (82318899).

APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

Regimento e Manual do Serviço de EPS

Data elaboração	Data revisão	Vigência:
Responsável(s) por elaboração:		Responsável(s) por revisão:
Missão do Serviço		
Organograma		
Definição de recursos humanos e materiais necessários à organização das ações de EPS		
Atribuições por cargo		
Abrangência - categorias profissionais e serviços contemplados		
Interfaces		
Fluxos para operacionalização das ações		
Estratégia para identificação de necessidades, público/serviço alvo, facilitador		
Prática (s) pedagógica(s) adotada(s)		
Estabelecimento de critérios para implementação e operacionalização das ações		
Seleção de instrumentos de trabalho		
Apresentação de itens de controle para monitoramento de produção e eficácia das ações		
Discussão de estratégia para validação das ações		

Plano de Educação Permanente Organizacional

Data elaboração	Data revisão	Vigência:
Responsável(s) por elaboração :		Responsável(s) por revisão:
Abrangência - categorias profissionais e serviços contemplados		
Objetivos		Estratégia para identificação de necessidades
Prática (s) pedagógica(s) adotada(s)		
Temática - critérios de definição, diversidade, enfoque técnico / comportamental,		
Frequência de ações por categoria e serviço		
Indicadores para avaliação qualidade/ eficácia/ produção		
Monitoramento para cumprimento		
Instrumento para controle de participação e critérios de elegibilidade para público alvo		
Orçamento/ Monitoramento de custo		

ANEXO A – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR		2. Número de Participantes da Pesquisa: 10	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: ANNA GABRIELLA CARVALHO RANGEL			
6. CPF: 856.150.565-68	7. Endereço (Rua, n.º): RODRIGUES DOREA JARDIM ARMACAO 348, Edf Vila Bela, Apt 601 SALVADOR BAHIA 41750030		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (71) 8231-8899	10. Outro Telefone:	11. Email: annagabbycarvalho@yahoo.com.br
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>17</u> / <u>10</u> / <u>2013</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade Federal da Bahia - UFBA	14. CNPJ: 15.180.714/0001-04	15. Unidade/Órgão: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	
16. Telefone: (71) 3283-7631	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>HELOÍZA D. G. COSTA</u>		CPF: <u>09928623504</u>	
Cargo/Função: <u>DIRETORA</u>			
Data: <u>18</u> / <u>10</u> / <u>2013</u>		 Assinatura 	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			