

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA
EM SAÚDE

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE VALORIZAÇÃO
PROFISSIONAL E HUMANIZAÇÃO NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR
IMAGEM DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO**

Joice Roberta Marques da Silva

Orientadora: Vanderléia Laodete Pulga Daron

Porto Alegre

2009

Joice Roberta Marques da Silva

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE VALORIZAÇÃO
PROFISSIONAL E HUMANIZAÇÃO NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR
IMAGEM DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica na Saúde para obtenção do título de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde - Grupo Hospitalar Conceição em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – como requisito para obtenção de título de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

Orientadora: Vanderléia Laodete Pulga Daron

Porto Alegre

2009

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao Grupo Hospitalar Conceição e à Fiocruz pela oportunidade de realizar este curso, possibilitando o meu aprimoramento profissional. Agradeço à orientadora Vanderléia L. P. Daron pelos ensinamentos e compreensão acerca das minhas dificuldades. Agradeço à minha família, em especial a meus pais, que sempre me incentivaram a lutar pelos meus sonhos.

“A educação tem caráter permanente
Não há seres educados e não educados
Estamos todos nos educando”.
(Paulo Freire)

RESUMO

Este projeto tem por objetivo identificar as características, as dificuldades, os avanços e os elementos de subjetivação do processo de trabalho em saúde desenvolvido no CDI/HSNC, a fim de promover a reflexão dos trabalhadores sobre seu processo de trabalho, na perspectiva da valorização profissional da equipe e da humanização do setor. Resultado de “inquietações” relacionadas ao fato de cotidianamente ver que os trabalhadores do Centro de Diagnóstico por Imagem do HNSC são vistos como “apertadores de botão” para ligar e desligar as máquinas e equipamentos que fazem os exames, produziram o desafio deste projeto de pesquisa/intervenção/formação. Este projeto se insere na perspectiva da construção democrática da informação científica e tecnológica em saúde voltada à qualificação da atenção integral em saúde da população usuária e no processo de trabalho onde os trabalhadores se reconheçam e encontrem sentido estratégico de seu trabalho para o SUS. Com base na abordagem qualitativa da pesquisa, aliada aos pressupostos da educação permanente e da implicação dos sujeitos, o projeto se desenvolverá junto aos trabalhadores do CDI/HNSC e de setores que tem interface com o mesmo através de grupo focal e comunidade de práticas com a análise, sistematização e produção de conhecimento individual e coletivo.

Palavras-chave: processo de trabalho, educação permanente em saúde e centro de diagnóstico por imagem.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
1 OBJETIVO	11
1.1 OBJETIVO GERAL	11
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1 PROCESSOS DE TRABALHO E TECNOLOGIAS EM SAÚDE.....	12
2.2 REDES SOCIAIS SOLIDÁRIAS EM SAÚDE	15
2.3 DESENHOS ORGANIZATIVOS DA ATENÇÃO À SAÚDE	16
2.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	20
3 METODOLOGIA DE PESQUISA EM SAÚDE.....	22
3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	22
3.2 TIPO DE ESTUDO	24
3.3 LOCAL DO ESTUDO	25
3.4 COLETA DE DADOS	26
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	27
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
4 PLANEJAMENTO OPERACIONAL	27
4.1 FASES DA PESQUISA/INTERVENÇÃO E CRONOGRAMA	28
4.2 ORÇAMENTO.....	29
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICES	32
APÊNDICE A.....	33
APÊNDICE B.....	34
APÊNDICE C	36

INTRODUÇÃO

O processo histórico-social da Reforma Sanitária mobilizou, durante décadas, profissionais da saúde, pesquisadores, educadores, gestores, estudantes e a sociedade brasileira para conquistar o direito universal à saúde. Este processo teve como momentos centrais a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, o processo Constituinte em 1988 e a criação do SUS. Fruto desta mobilização social, foi conquistado na Constituição Federal de 1988, nos artigos 196 à 200, a “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, o conceito ampliado de saúde e de cidadania. Regulamentado dois anos depois das definições da Constituição Federal, pelas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, o SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas federais, estaduais e municipais e, de forma complementar pela iniciativa privada e é destinado a todo e qualquer cidadão. O SUS é financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população.

O SUS foi criado com a finalidade de modificar a situação de desigualdade, reconhecendo a saúde como um direito assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação social.

Vintes anos se passaram, desde sua criação, mas, o SUS continua em constante processo de aperfeiçoamento e adaptação, dada a complexidade de suas proposições. Há muitas dificuldades a serem superadas. Para que as transformações necessárias ocorram, é preciso que os trabalhadores estejam comprometidos com o fortalecimento do SUS.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde que presta atendimento voltado exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (100% SUS), sendo seu foco principal as reais necessidades da população.

O GHC segue o princípio constitucional da saúde *como “direito de todos e dever do Estado”*, comprometido com a implantação do SUS e das políticas do Ministério da Saúde, com orientação estratégica do Governo Federal, tendo como Missão:

Desenvolver ações de atenção integral à saúde da população, com a excelência e eficácia organizacional, através de seus recursos tecnológicos e humanos, programas de ensino e pesquisa, atuando em parceria com outras entidades, fortalecendo o Sistema Único de Saúde e cumprindo, assim a função social.

O Grupo é formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor, Fêmeina e doze Unidades de Saúde Comunitária. Tem mais de sete mil trabalhadores e atua integrado à rede de saúde local e regional, atendendo a população de Porto Alegre, região metropolitana e interior do Estado.

Neste contexto de implementação do SUS, este complexo hospitalar tem sua trajetória marcada pela assistência à saúde através dos hospitais, Unidades de Saúde Comunitária e de Saúde Mental. Além disto, o GHC desenvolve atividades educativas em serviço através da realização de estágios, da Residência Médica (há mais de 25 anos), da Residência Integrada em Saúde (desde 2004), Cursos Técnicos, de Cursos de Especialização Lato Sensu e do Mestrado Profissional, em parceria com Instituições de Ensino Técnico e Superior nas áreas da Saúde, tais como a Fundação Oswaldo Cruz, as escolas técnicas e as universidades. Este processo vem fazendo com que o GHC esteja se colocando na perspectiva de efetivamente ser uma Instituição de Ensino Superior na Saúde, articulando a integração entre o ensino-serviço-comunidade.

Além disto, o GHC vem se colocando o desafio de contribuir nas formulações estratégicas para o SUS. É um complexo hospitalar estratégico para o SUS no Rio Grande do Sul e no Brasil. Tem um conjunto de saberes, práticas e políticas inovadoras tanto na gestão participativa, na atenção integral à saúde da população, na formação com a integração ensino-serviço-comunidade e na participação e controle social. Para citar algumas experiências, podemos destacar o Plano de Investimentos (PI), o Conselho Gestor e os Colegiados de Gestão; a Agenda Estratégica (GHC +30), os Pontos de Cultura, as Linhas de Cuidado, a Educação Permanente, entre muitas outras inovações que vem colocando o GHC como referência na produção de saúde e de políticas para o SUS. Entretanto, vale se perguntar o quanto este processo vai sendo apropriado pelos trabalhadores e o quanto estes conseguem ultrapassar o corporativismo hegemônico nestas instituições e se colocar como efetivamente protagonista destas e outras inovações e opções da instituição.

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) é um hospital geral e oferece diversos tipos de especialidades médicas em seu ambulatório, na emergência e na internação. Possui 882 leitos e 4.122 trabalhadores¹.

O Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI) do Hospital Nossa Senhora da Conceição é formado por 90 funcionários, oferece exames de RX convencional e contrastado, tomografia computadorizada, ecografia, mamografia, e radiologia intervencionista (hemodinâmica) e realiza uma média de 12.081 exames/mês², de acordo com dados fornecidos pela Gerência de Controladoria.

O trabalho desenvolvido no CDI é baseado no uso de equipamentos e nos exames que estes produzem, ou seja, focado nas “tecnologias duras”³. Observa-se pouca ênfase das “tecnologias leves”, ou seja, as relações estabelecidas entre trabalhador e usuários; trabalhador e trabalhador; trabalhador e gestor.

De acordo com Merhy (1997, 2002), para alcançarmos um modelo de cuidado em saúde ampliado, é preciso uma construção cotidiana pelos trabalhadores, assim como um processo de organização e gestão do trabalho, onde haja uma integração entre os diferentes trabalhadores e espaços coletivos para reflexão, análise e troca de saberes entre estes diversos profissionais.

Entretanto, a falta de diálogo, comunicação deficiente entre os trabalhadores, inexistência de reuniões da equipe para a discussão da rotina de trabalho, reduzida coletividade e comprometimento dos profissionais, pouco incentivo e reconhecimento aos funcionários por parte da chefia, sobrecarga de trabalho, são exemplos dos inúmeros problemas que precisam ser enfrentados, pois essa maneira de organizar o processo de trabalho tem gerado um profundo descontentamento nos trabalhadores do CDI. O fato de cotidianamente ver que os trabalhadores do setor são vistos como “apertadores de botão” para ligar e desligar as máquinas e equipamentos que fazem os exames vem produzindo uma inquietude crescente que, aliada aos elementos descritos anteriormente, desafiaram a estruturação do presente projeto de pesquisa/intervenção/formação.

Por essa razão, pretende-se realizar uma pesquisa/intervenção/formação com os trabalhadores do CDI e estabelecer dispositivos, através da educação permanente, que permitam uma ressignificação do trabalho como elemento de fortalecimento da auto-estima, de valorização pessoal e profissional e de inclusão

¹ Estas informações são de dezembro de 2007.

² Em janeiro de 2009.

dos trabalhadores no processo de decisão, a fim de avançar na produção de um cuidado mais qualificado e humanizado à população usuária.

Neste sentido, a educação permanente poderá ser um dispositivo estratégico para a gestão do trabalho e educação em saúde no GHC e neste setor. Assim, partindo dos problemas do cotidiano do processo de trabalho, é que irão ser planejadas as ações e a definição das exigências de ensino e de aprendizagem, viabilizando a qualificação profissional. O diferencial desta proposta é a educação em serviço, onde todos os espaços, setores e serviços da instituição são locais de ensino e aprendizagem e todos os trabalhadores são considerados atores e protagonistas.

Para compreender melhor este processo é que se propõe o presente projeto de pesquisa/intervenção/formação, a fim de que os trabalhadores e usuários de sintam profundamente implicados com o pensar e o fazer cotidiano e estratégico desta instituição.

Este projeto de pesquisa/intervenção/formação se insere na perspectiva da construção democrática da informação científica e tecnológica em saúde voltada à qualificação da atenção integral em saúde da população usuária e no processo de trabalho onde os trabalhadores se reconheçam e encontrem sentido estratégico de seu trabalho para o SUS.

³ Conforme Merhy (1997, 2002).

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as características, as dificuldades, os avanços e os elementos de subjetivação do processo de trabalho em saúde desenvolvido no Centro de Diagnóstico por Imagem do Hospital Nossa Senhora da Conceição, a fim de promover a reflexão dos trabalhadores sobre seu processo de trabalho, na perspectiva da valorização profissional da equipe e da humanização do setor.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e analisar os processos de trabalho em saúde desenvolvido no CDI;
- Identificar as necessidades educativas do CDI;
- Organizar espaços de discussão, análise e reflexão do cotidiano de trabalho e das potencialidades emergentes no setor;
- Construir dispositivos e estratégias com os trabalhadores do CDI para qualificar seus processos de trabalho, através da pesquisa/intervenção/formação e da educação permanente em saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para a construção do presente projeto, é fundamental a explicitação de referenciais teórico-metodológicos sobre os processos de trabalho em saúde e a educação permanente em saúde.

2.1. PROCESSOS DE TRABALHO E TECNOLOGIAS EM SAÚDE

O projeto de pesquisa/intervenção/formação pretende ser, em si, um processo de investigação, de análise, de intervenção e de educação permanente para ser desenvolvido “**com**” e não “**para**” os trabalhadores Centro de Diagnóstico por Imagem do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Assim, requer uma apropriação acerca dos processos de trabalho e tecnologias em saúde com base nos referenciais da educação permanente. É notório que o modelo de pensamento predominante na saúde é orientado por uma racionalidade científica, onde a relação dos profissionais se dá com a doença e não com a pessoa. Com isso, os profissionais tendem a restringir seu objeto de intervenção ao corpo doente, distanciando-se da pessoa e seu sofrimento. Essas práticas em saúde impõem limites na percepção das necessidades de atenção e na efetividade das intervenções.

Essa tendência ganha força à medida que avança e se desenvolve o modelo tecno-científico, onde a conversa, o olhar, o toque do corpo deixam de ter importância, para uma possível identificação de anormalidades, uma vez que ela pode ser revelada por exames laboratoriais e de imagem. Os atendimentos tendem a ficar restritos a procedimentos técnicos, à solicitação e análise de exames, à prescrição de medicamentos, etc.

Embora baseada em uma teoria científica, a prática em saúde depende de valores morais, éticos, ideológicos e subjetivos dos profissionais, pois envolve interpretação e decisão pessoal na aplicação do conhecimento científico às situações singulares. Neste espaço, há a abertura à autonomia de cada um dos

trabalhadores no exercício profissional e no modo de cuidar, que pode ser acolhedor ou não.

Para Merhy (2000, p. 59), no trabalho em saúde há o uso de equipamentos os quais chama de “tecnologias duras” e o uso de saberes estruturados ou conhecimentos técnicos, que os caracteriza como “tecnologias leve-duras” e, outro aspecto determinante que é as relações que se dão entre o trabalhador e o usuário, chamadas de “tecnologias leves”. Para este autor, o território das tecnologias leves é onde se define a produção de cuidado, a construção de vínculos, acolhimentos e responsabilizações. Uma prática em saúde resolutiva requer uma combinação dessas tecnologias. Porém, em geral, há um empobrecimento da valise das tecnologias leves e as intervenções em saúde tendem a girar em torno dos aspectos biomédicos e procedimentos.

Ainda com base neste autor, o processo de trabalho em saúde, muitas vezes, é dominado pela tecnologia dura e/ou leve-dura, isto é, o trabalhador valoriza mais o equipamento, o trabalho centrado em protocolos e procedimentos, do que a relação, o diálogo e a escuta estabelecida com o usuário.

Assim, sem descartar a importância dos equipamentos e instrumentos que auxiliam o trabalho em saúde, na definição de diagnóstico e nas terapias, é importante destacar que o trabalho humano é insubstituível. O trabalho em saúde é relacional, isto é, acontece mediante relação entre um trabalhador e o usuário, por isso, a tecnologia das relações (tecnologia leve) é absolutamente fundamental. Assim, toda relação humana em saúde tem em si a dimensão cuidadora e educativa.

O modelo de atenção à saúde centrado em procedimentos mostra-se insuficiente para intervir nos problemas de saúde. É necessário haver mudanças no cotidiano de trabalho, na prestação das ações em saúde pelos diversos profissionais para que haja a implementação de um modelo de atenção centrado no usuário, nas suas necessidades e interesses.

O encontro do profissional com o usuário é um espaço aberto para a construção de novas práticas. Merhy (2002, p. 61) destaca esse espaço como lugar estratégico de mudança do modo de produzir saúde. O envolvimento do profissional com o trabalho, a sua disponibilidade para escutar, estabelecer vínculo com o usuário; o compromisso de oferecer uma atenção integral e humanizada, em utilizar seu conhecimento para produzir cuidado em saúde e sua responsabilização pelo usuário são importantes pontos de partida. Criar espaços de análise para entender e

lidar com o que acontece no encontro com o usuário, também se faz necessário para a construção de novas práticas.

As tecnologias leves tornam o trabalho em saúde mais produtivo, dinâmico e com maior resolutividade. Para Merhy (2002, p. 73) as tecnologias leves são aquelas mais dependentes do “Trabalho Vivo em ato”, isto é, no exato momento da sua atividade produtiva, de maneira que o “Trabalho Morto” são máquinas e instrumentos existentes aos quais já se aplicaram determinados trabalhos anteriores que lhes deu forma e função.

No processo de trabalho comandado pelo trabalho vivo, o profissional possui uma maior liberdade para relacionar-se com o usuário, criar soluções para os problemas que aparecem e inserir o usuário no processo de produção da sua própria saúde, fazendo dele o protagonista de seu processo saúde-doença. Já no trabalho morto, há pouca interação entre trabalhador e usuário, há apenas um processo duro de produção de procedimentos.

Toda atividade produtiva envolve sempre o trabalho morto e o trabalho vivo em ato. No caso da saúde, percebe-se, que vem tendo a predominância de um sobre o outro, determinando o perfil da assistência prestada, entretanto, isto pode ser modificado.

Segundo Franco (2003, p.74), denominamos de Composição Técnica do Trabalho a razão entre o Trabalho Morto e Trabalho Vivo no interior do processo de trabalho. Ela serve para analisar o processo de trabalho através da observação de como o trabalho se dá, a atitude do trabalhador e seu vínculo com o usuário. Quanto maior a predominância do Trabalho Vivo nesse processo, maior é o nível de cuidado que se tem com o usuário.

A maneira como acontece o processo de trabalho é determinado por quem está em ato, ou seja, o próprio trabalhador. Isso ocorre, pois no processo de trabalho em saúde, o trabalhador comanda o modo como vai produzir a assistência, se essa acontece por parâmetros humanitários, com atitudes acolhedoras, ou de forma burocrática e sumária.

Um modelo de cuidado em saúde ampliado necessita da construção cotidiana pelos trabalhadores, assim como um processo de organização e gestão do trabalho. No modelo predominante atualmente, há pouca integração entre os diferentes trabalhadores, poucos espaços coletivos para a reflexão, análise e troca de saberes

entre os diversos profissionais, e as ações gerenciais ficam restritas aos aspectos burocrático-normativos.

A gestão dos serviços de saúde é de extrema importância na organização e desenvolvimento do processo de trabalho em equipe, na construção de novas formas de produção das ações em saúde, de novas relações dos profissionais com os usuários, bem como entre os profissionais.

Para isto, o vínculo, a responsabilização, o conhecimento dos profissionais da realidade de vida dos usuários, assim como a criação de espaços coletivos para a troca de saberes, a reflexão das práticas, a análise e a avaliação das ações produzidas são alguns caminhos para construir novos modos de produção de cuidado e de processos de educação permanente em saúde.

Colabora nesta análise, sobre o processo de trabalho em saúde, Santorum (2006, p.46) salientando que é preciso ter um olhar a mais, que permita vislumbrar os *micro enfrentamentos*, as *microgestões* do trabalho, o desenvolvimento de saberes que acontecem na invisibilidade, na singularidade do concreto de cada experiência vivida pelos trabalhadores da saúde. A autora desafia a uma análise dos processos de subjetivação do mundo do trabalho para compreender como se dá a dinâmica, os processos, as características e as relações sociais e humanas que ocorrem no desenvolvimento do trabalho vivo em ato, nas atividades do fazer saúde.

2.2. REDES SOCIAIS SOLIDÁRIAS EM SAÚDE

O cotidiano do cuidado em saúde tem uma dimensão social e cultural que exige sensibilidades e ferramentas para melhor compreender, sentir, avaliar, experimentar e viver múltiplos processos de cuidado.

Tendo como referência as reflexões teóricas do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde (2005), afirma-se que as práticas de saúde usualmente constituem redes, fluxos de saberes e de fazeres, formas diversas de procurar e ofertar bem-estar. Nessas redes de diálogos, de conversas todos se beneficiam: os que cuidam são cuidados e aqueles que procuram saúde obtêm respostas. Por mais que não se perceba, redes sociais são formadas nos espaços mais formais dos serviços de saúde.

Nesta perspectiva abordada, rede em saúde indica um conjunto de indivíduos ou organizações que dialogam, construindo saúde, onde vozes escutadas e os atores atuantes irão mudando com o tempo. As pessoas ou instituições entram e saem, as hierarquias não são fixas.

No campo da saúde, existe as Redes de Apoio Social, onde tem a presença sistemática e continuada de suporte em relação à capacidade do indivíduo e grupos em controlar o rumo da vida. O apoio social é o sentir-se cuidado e tem se mostrado eficaz para proteger ou diminuir as vulnerabilidades das pessoas. As Redes de Apoio Social devem ser encaradas como estratégias de saúde pública, de promoção da saúde e enfrentamento coletivo dos problemas.

As redes sociais de apoio precisam ser estimuladas no setor da saúde, pois através delas pode-se produzir inúmeras variantes de identidade cultural e participação social.

2.3. DESENHOS ORGANIZATIVOS DA ATENÇÃO À SAÚDE

Segundo abordagem apresentada nos referenciais do Curso de Educação Permanente em Saúde (2005), um desenho tecnoassistencial é a maneira como são organizadas, numa dada sociedade, as múltiplas ações de intervenção no processo saúde-doença –rede de atenção e comporta aspectos tecnológicos e assistenciais. Quando falamos em desenho tecnoassistencial, fazemos referência não somente aos programas assistenciais, mas também ao modo de construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho no setor da saúde.

Assim, os aspectos tecnológicos envolvem não só recursos materiais, científicos e operacionais, mas também as escolhas estabelecidas para articular e promover conhecimentos, as estratégias de interpretação, de planejamento e de avaliação e o investimento em negociação, pactuação e inovação. Através do estatuto tecnológico podemos, a partir da sensibilidade e enfrentamento de problemas da realidade, transformar um conhecimento técnico. Novas práticas de cuidado, tratar ou escutar são construídas.

Os aspectos técnicos se referem à construção de saberes aplicados, saberes relativos aos processos, aos modos específicos de executar ou fazer algo,

resumindo-se aos recursos materiais, científicos e operacionais que definem maneiras de atuar na realidade ou de intervir em um campo de práticas.

Aprofundando, estes autores afirmam que os aspectos assistenciais envolvem a realização de procedimentos clínicos e também a trajetória dos atos terapêuticos, a história das ações de saúde e os modos de cuidar, tratar e escutar. Uma análise da combinação de um conjunto de recursos tecnológicos e de modalidades assistenciais, ordenados como estratégia institucional para a atenção à saúde das pessoas e para a gestão das ações e serviços de saúde, determina o desenho tecnoassistencial a ser implementado em cada realidade.

O conjunto da rede de ações e de serviços de saúde precisa incorporar a noção de responsabilidade sobre a saúde da população. São necessários arranjos tecnoassistenciais que contribuam para a mudança do olhar e que provoque a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas da vida.

A escolha do desenho tecnoassistencial que melhor responda às necessidades de saúde deve atender aos princípios do SUS: assegurar universalidade de acesso, integralidade da atenção, descentralização da gestão, regionalização da atenção, alta resolutibilidade em cada serviço, integração intersetorial, fortalecimento das instâncias de pactuação e controle social e educação permanente em saúde. Essa escolha deve, também, preservar e desenvolver a autonomia das pessoas, garantir a igualdade na assistência e o direito do usuário de ter informações sobre sua saúde (pessoal e coletiva), incorporar, além dos saberes da saúde, as visões de direitos sociais na alocação de recursos e nas orientações programáticas.

Seguindo os mesmos referenciais, a “assistência medicalizadora” é o desenho tecnoassistencial predominante no setor saúde no Brasil. Nesse modelo, a formação e a prática profissional são centradas no hospital e na utilização intensiva de tecnologias de diagnóstico e terapêutica. Essa opção de formação e atuação na saúde articula-se aos interesses econômicos do mercado da saúde, não atendendo aos interesses e necessidades da população. Porém, tem-se buscado difundir e incorporar outras opções de desenhos tecnoassistenciais para a construção do sistema de saúde.

Com base nas orientações construídas para a formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde,⁴ existem alguns eixos que orientam a reformulação dos serviços de saúde, destacando-se:

- A noção de território vivo que incorpora o processo onde se estrutura e se reproduz a vida, a cultura e as relações sociais.
- Sistematização de causas e conseqüências das situações que interferem na saúde da população, a programação de ações e da avaliação de seu impacto sobre os problemas identificados.
- Estabelecimento de estratégias para a percepção das desigualdades regionais, de maneira que seja possível orientar propostas redistributivas de recursos, visando maior equidade.
- Reorganização das práticas de saúde, privilegiando uma abordagem interdisciplinar, onde a epidemiologia, ciências sociais, clínica, educação em saúde e política setorial, se articulem na compressão da saúde e doença.
- Ampliação da percepção dos trabalhadores sobre os usuários, que devem ser compreendidos nos seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais, desenvolvimento de ações que articulem a promoção de saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.
- Revisão dos conceitos clássicos de hierarquização de serviços, a partir do reconhecimento da complexidade da atenção básica. Reconhecimento de que os problemas apresentados pela população requerem abordagem multiprofissional e uma articulação em rede.
- Articulação do setor saúde com os demais setores de governo na formulação de “políticas saudáveis”.
- Gestão democratizada, horizontalizada e construção de instâncias coletivas de gestão o que possibilita maior participação dos trabalhadores.

Uma imagem em pirâmide para a atenção em saúde, com a idéia da complexidade crescente em direção ao topo, onde o hospital está no topo e a rede básica como a porta de entrada do sistema de saúde é a idéia predominante em relação ao desenho tecnoassistencial do sistema de saúde.

⁴ Toda esta reflexão tem como base a Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde do

Na prática, essa postura prescritiva descrita acima, não leva em conta as necessidades e fluxos reais das pessoas dentro do sistema e não assegura a resolução dos problemas da população. De acordo com a noção formal da pirâmide, pode-se organizar um sistema verticalizado, onde uma base é formada pela atenção básica e o topo por serviços de alta complexidade (equipamentos e recursos técnicos).

Os serviços terciários são mais valorizados, considerados mais complexos e resolutivos, pois concentram equipamentos e procedimentos que atendem às situações com maior risco de vida. Já os serviços básicos são entendidos como simplificados, portanto, desvalorizados, pois são poucos os equipamentos utilizados e em geral não há risco de vida.

Muitos admitem a possibilidade de que profissionais menos preparados sejam suficientes para solucionar problemas mais simples e encaminhar os mais complicados, não reconhecendo, assim, a complexidade envolvida neste trabalho, pois é necessário ter capacidade de reconhecer contextos, comunicação e acolhimento, capacidade de escuta e compreender diferentes valores e culturas, capacidade de articular soluções para situações complicadas e para isso uma formação mais ampla, o trabalho em equipe multiprofissional e articulação com outros setores são fundamentais.

As propostas tecnoassistenciais desenvolvidas para o SUS visam à reorganização da atenção básica, porém é fundamental que ocorram transformações em outras partes do sistema de saúde. Práticas humanizadas de acolhimento de pessoas na atenção hospitalar e a visualização dos serviços básicos, ambulatoriais e hospitalares como um conjunto solidário, não hierarquizado e bem articulado são importantes mudanças a serem desenvolvidas. Neste sentido, é fundamental fortalecer a atenção básica como um lugar amplo de acolhimento das necessidades de contato com as ações e os profissionais de saúde e a articulação com toda a rede de atenção integral à saúde. Mecanismos de gestão que favoreçam a construção coletiva de desenhos tecnoassistenciais, que contemplem a participação dos gestores, trabalhadores e usuários são importantes desafios que também devem ser enfrentados.

Assim, repensar os desenhos tecnoassistenciais, precisa entrar em curso com referência na escuta aos usuários, na criação de dispositivos de escuta, decodificação e trabalho por parte dos gestores e dos trabalhadores do SUS.

2.4. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A educação permanente em saúde é entendida como uma prática de ensino-aprendizagem e, também, como uma política de educação em saúde, que deve levar em conta os princípios que orientaram a criação do SUS: construção descentralizada do sistema, universalidade, integralidade, participação popular.

Segundo Ceccim (2005, p.161), educação permanente em saúde é o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. Ao mesmo tempo, que possibilita a atualização cotidiana das práticas segundo as novas tecnologias disponíveis, busca também, a construção de relações e processos no interior das equipes, às práticas organizacionais e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais.

A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa, isto é, a partir de reflexões sobre o saber e fazer cotidiano é que se dão as transformações das práticas existentes e que necessitam serem alteradas. A educação permanente acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem, por isso ela pode ser entendida como aprendizagem-trabalho.

Como em qualquer educação crítica e transformadora, além da troca e do intercâmbio, deve ocorrer também o “estranhamento” de saberes e a “desacomodação” com os saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar. Para haver ensino-aprendizagem, temos de entrar em um estado ativo de “perguntação”, constituindo uma espécie de tensão entre o que já se sabe e o que há por saber. (CECCIM; FERLA, 2006, p.109).

A educação permanente deve gerar no trabalhador, no seu cotidiano de trabalho, transformações da sua prática, visando construir novas práticas nos serviços de saúde que os aproximem da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais princípios do SUS.

A educação permanente em saúde, segundo (CECCIM; FERLA, 2006, p. 110) é um dispositivo de ressignificação dos processos de trabalho “vivo em ato”, onde mesmo no espaço das “tecnologias duras” há espaço aberto e autônomo da ação dos trabalhadores naquilo que se chama de “tecnologias leves” para constituir novas formas de se relacionar, de construir o diagnóstico com base na escuta sensível e nas evidências apresentadas pelo usuário. Isto pode se constituir numa potência que qualifica e inverte a lógica de produção de diagnósticos, superando a lógica centrada nos protocolos, dando lugar às evidências apresentadas pelos usuários que podem se somar ao resultado do exame de diagnóstico por imagem. Assim, a escolha pela educação permanente em saúde é a escolha por novas maneiras de realizar atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e muito maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho.

Utilizando-se de metodologias ativas de aprendizagem com enfoque problematizador, busca-se a articulação entre a teoria e prática, a participação protagônica dos educadores e educando e a problematização da realidade. A construção do saber é coletiva, crítica e inserida no contexto social.

Deste modo, a educação permanente é o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações. Este processo educativo coloca como foco de reflexão o cotidiano e os processos de trabalho, na perspectiva de transformação das práticas de saúde, sejam de cuidado, formação, gestão e controle social.

A Política de Educação Permanente em Saúde é uma estratégia ou um dispositivo de aproximação entre o cotidiano do profissional do SUS e as necessidades da população e convoca todos os atores sociais envolvidos neste processo com a intenção de qualificar os serviços prestados. A integralidade da atenção à saúde é eixo norteador da proposta de educação permanente em saúde porque direciona o trabalho em saúde para um trabalho transdisciplinar e multiprofissional.

3. METODOLOGIA DE PESQUISA EM SAÚDE

3.1. ABORDAGEM METODOLÓGICA

No setor da saúde, a proposição de ações e intervenções requer diagnóstico, monitoramento e avaliação com abordagens ampliadas, para garantir a sustentabilidade destas ações. Isso se deve ao caráter complexo das atividades relacionadas à saúde.

Para tanto, se faz necessário o uso de múltiplos métodos de abordagem e pesquisa, incluindo estratégias de “amostragem” como, entrevistas com questões abertas e semi-estruturadas, entrevista em profundidade, grupo focal, observação de campo participante ou externa, análise documental e comunidade de práticas. Estes métodos de abordagem caracterizam-se como uma metodologia de pesquisa qualitativa.

O uso do método de pesquisa qualitativo permite aprimorar os diagnósticos situacionais que auxiliam as decisões sobre as estratégias adotadas e, também, uma sistemática de acompanhamento e avaliação das ações implementadas.

“O diagnóstico situacional, ao ser realizado, tem como objetivo revelar, fotografar, mapear a situação em suas nuances e permitir a reflexão sobre a escolha de estratégias para a intervenção” (NOGUEIRA-MARTINS, BÓGUS, 2004, p.47).

A etapa do diagnóstico situacional é acompanhada por um início de intervenção e, conseqüentemente, pelas etapas de monitoramento e avaliação, conforme segue:

O monitoramento do diagnóstico não é estanque, isto porque, freqüentemente, é acompanhado naturalmente, por um início de intervenção. O próprio fato de abordar uma situação, um contexto, já produz mudanças no mesmo. Da mesma forma, ao intervir, há o aperfeiçoamento do diagnóstico, mesmo antes do final da intervenção, já acontecem momentos de avaliação (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p.47).

O cumprimento dos objetivos definidos nas estratégias elaboradas é estabelecido pelo monitoramento contínuo e avaliação. Esta etapa que envolve a

coleta de dados e processamento e análise das informações. “Qualquer monitoramento ou avaliação pressupõe a utilização de algum modelo teórico que explicita como se espera que as ações desenvolvidas alcancem seus objetivos” (HARTZ apud NOGUEIRA-MARTINS, BÓGUS, 2004, p. 47). Porém, não basta uma simples verificação de se as metas foram alcançadas ou não, é preciso também, analisar o contexto como um todo. Para responder de maneira satisfatória, os inúmeros questionamentos ao longo do processo, o método de pesquisa qualitativo é considerado o mais adequado. Segundo Nogueira-Martins; Bógus (2004, p. 47) “O uso de uma abordagem qualitativa, por meio de técnicas de pesquisa que coletam dados dessa dimensão (qualitativa), que procurará identificar e compreender os elementos que possam justificar os números encontrados”.

A preocupação central do método de pesquisa qualitativa é o contexto do processo, caracterizando-se como um método que quer entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta.

Os métodos qualitativos produzem explicações contextuais para um pequeno número de casos, com ênfase no significado (mais que na frequência) do fenômeno. O foco é centralizado no específico, no peculiar, almejando sempre a compreensão do fenômeno estudado, geralmente ligando atitudes, crenças, motivações, sentimentos e pensamentos da população estudada (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p.48).

Para Silvério; Patrício (2007, p. 241):

Nessa abordagem, busca-se investigar diretamente com as pessoas envolvidas questões relativas a situações da vida humana; conhecer e compreender significados e práticas individuais e coletivas, focalizando crenças, expectativas, valores, desejos, conhecimentos e sentimentos.

E de acordo com as idéias de Nogueira-Martins; Bógus (2004, p.48-49):

Três são os aspectos que nos permitem caracterizar uma abordagem qualitativa. O primeiro é de caráter epistemológico, e se relaciona à visão de mundo implícita na pesquisa, isto é, o pesquisador que se propõe a realizar uma pesquisa qualitativa busca uma compreensão subjetiva da experiência humana. O segundo aspecto se relaciona ao tipo de dado que se objetiva coletar, isto é, dados ricos em descrições de pessoas, situações, acontecimentos, vivências. E o terceiro relaciona-se ao método de análise, que na pesquisa qualitativa busca compreensão e significado e não evidências.

Tendo como base a perspectiva da pesquisa qualitativa em saúde com as ferramentas da educação permanente em saúde, busca-se a articulação da

pesquisa/intervenção/formação como dispositivo de investigação, reflexão, atuação e ressignificação de sentidos aos processos de trabalho e o campo de saberes e práticas oriundos da experiência, articulados com o conhecimento científico historicamente acumulado nesta área.

3.2. TIPO DE ESTUDO

A pesquisa/intervenção/formação a ser desenvolvida caracteriza-se como de caráter exploratório, descritivo e analítico, com abordagem qualitativa e de intervenção no cotidiano do processo de trabalho e de educação permanente em saúde. Será desenvolvida através da análise de dados produzidos por meio da realização de *diversos grupos focais* e *comunidade de práticas* com os funcionários do Centro de Diagnóstico por Imagem do Hospital Nossa Senhora da Conceição e de outros setores que fazem interface com o setor.

A amostragem será composta por trabalhadores do setor e de outros setores que fazem interface com o CDI. Busca-se alcançar uma amostra de aproximadamente 30 trabalhadores do CDI e 10 trabalhadores de outros setores que tem interface com o CDI, através de grupo focal e comunidade de práticas.

O grupo escolhido para realização da pesquisa será composto por profissionais técnicos/tecnólogos que compõem o quadro do Serviço de Radiologia, profissionais de apoio do Serviço de Radiologia (auxiliar administrativo e técnico de enfermagem), profissionais do Serviço de Segurança do Trabalho, profissionais técnicos/auxiliares em enfermagem do Serviço de Internação.

O grupo será composto por meio de escolha intencional, a partir de critérios de inclusão como a atuação direta no Serviço de Radiologia (técnicos/tecnólogos) e a interface direta com esse serviço. As informações no grupo focal se desencadearão mediante roteiro de entrevista semi-estruturada e será encerrada mediante evidências de saturação da amostra. As respostas serão tratadas buscando padrões de continuidade e descontinuidade entre elas (construção de categorias de análise).

Além disto, na Comunidade de Práticas, espaço onde estes trabalhadores do grupo focal participarão, serão realizadas atividades de reflexão e análise do

processo de trabalho em saúde desenvolvido no CDI/HNSC por meio de utilização de técnicas vivenciais, dramatizações e imagens filmadas de momentos de atividade realizada no setor combinadas coletivamente com o grupo. Estas dramatizações, vivências e/ou cenas/imagens filmadas do seu processo de trabalho serão colocadas em análise coletiva e confrontadas com outras possibilidades que os trabalhadores apresentarem na análise. Os trabalhadores protagonizarão cenas da atividade e a análise das mesmas de forma coletiva.

Este processo colocará em investigação/reflexão o próprio processo de trabalho e desafiará a produção de possibilidades, estratégias e dispositivos de educação permanente em saúde para transformação das mesmas.

3.3. LOCAL DO ESTUDO

O estudo será realizado preliminarmente no Centro de Diagnóstico de Imagem do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

3.4. COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada através da realização de um grupo focal e comunidade de práticas com os trabalhadores do Centro de Diagnóstico por Imagem e de outros setores que fazem a interface com o CDI. Desenvolverá-se em três fases:

1. Fase de Sensibilização

- Ação 1: apresentar o presente projeto de pesquisa às gerências de Ensino e Pesquisa (GEP/GHC) e de SADT's (HNSC) para definição da possibilidade e viabilidade do projeto de Pesquisa/intervenção/formação.
- Ação 2: apresentação aos trabalhadores do CDI em uma reunião pré-estabelecido pela pesquisadora com a gerência.

- Ação 3: divulgar o projeto com o conjunto dos trabalhadores através de diálogos com os mesmos nos horários de troca de turno no vestiário do CDI. E aqueles, que não contatados, será feito busca ativa.
- Ação 4: preparação do encontro e organização do material.

2. Fase de Realização do Grupo Focal/ Comunidade de Práticas: “O Encontro”

- Ação 1: encontro a ser realizado, em horário e local acordados entre a pesquisadora e participantes selecionados, conforme os critérios acima descritos.
- Ação 2: mapeamento e construção do perfil dos participantes do grupo através de um roteiro contendo dados gerais e questões relativas ao objeto de pesquisa/intervenção/formação. Roteiro de questões encontra-se em anexo (Apêndice C)
- Ação 3: Vivência do grupo focal e Comunidade de práticas.

3. Fase de Análise e Sistematização

- Ação 1: Análise dos dados e elementos obtidos no encontro, através da construção de categorias de forma individual pela pesquisadora, com um pequeno grupo escolhido pelos participantes e de forma coletiva socializando com todo o grupo.
- Ação 2: Sistematização e produção textual de forma individual e coletiva.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados será realizada da forma exploratória descritiva, a partir de registros escritos, fotográficos e filmados dos acontecimentos.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Neste projeto de pesquisa/intervenção/formação os aspectos éticos são de extrema relevância, por envolver seres humanos na investigação, estando de acordo com as diretrizes e normas reguladoras da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. (Apêndice A, segue o Termo de Compromisso da pesquisadora).

O pesquisado deverá ter conhecimento sobre os objetivos, os métodos de coleta de dados, a liberdade de sair do estudo a qualquer momento, a duração e a garantia de sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa.

Para tanto, o pesquisado deverá ter conhecimento e posteriormente assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Apêndice B)

4. PLANEJAMENTO OPERACIONAL

4.1. FASES DA PESQUISA/INTERVENÇÃO/FORMAÇÃO E CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

4.2. ORÇAMENTO

O orçamento abaixo está estimado com o valor da presente moeda real.

Material	Custo
Materiais pedagógicos	200,00
Materiais de Consumo	200,00
Aluguel de filmadora	300,00
Reprodução de material	100,00
Total	800,00

Obs: Os custos serão absorvidos pela pesquisadora.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde, conceitos e caminhos a percorrer**. 1. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. 2009. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/> . Acesso em 2 mar. 2009

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, [S.l.], v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 10, n. 4, p. 975-986, jul. 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA Alcindo Antônio. Educação permanente em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Observatório dos Técnicos em Saúde (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

FERLA, Alcindo Antônio et al. **Pesquisando no cotidiano do trabalho na saúde: aspectos metodológicos e de formatação para elaboração de projetos de informação científica e tecnológica em saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2008.

LOPES, Sara Regina Souto et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**, [S.l.], v.18, n. 2, p. 147-155, 2007.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, [S.l.], p. 109-116, fev. 2000.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezarina Fantini; BÓGUS Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 44-57, set./dez. 2004.

SANTORUM, Kátia Maria Texeira. **Pelas fendas do trabalho vivo: textos, contextos e atos na atividade de vigilância em saúde do trabalhador**. 2006. p.170. Tese de doutorado (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, apresentada 2 jun. 2006

SILVÉRIO, Maria Regina; PATRÍCIO Zuleica Maria. O processo qualitativo de pesquisa mediando a transformação da realidade: uma contribuição para o trabalho de equipe em educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v.12, n. 1, p. 239-246, 2007.

APÊNCICES

APÊNDICE A

TERMO DE COMPROMISSO

“Declaro que tenho conhecimento da Resolução 196/96, normatizada da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e assumo o compromisso de cumprir suas determinações no desenvolvimento da pesquisa”.

Joice Roberta Marques da Silva

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora: Joice Roberta Marques da Silva

E-mail: jomarques07@yahoo.com.br

Endereço: Rua Francisco Trein, 596, 3º andar, Gerência de Ensino e Pesquisa – GEP/GHC, Porto Alegre.

Ao assinar este documento, estou declarando que fui esclarecido (a) de forma clara e detalhada, de que, ao responder as questões e tomar parte de filmagens que compõe esta pesquisa, estarei participando de um estudo de caráter institucional, intitulado: A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL E HUMANIZAÇÃO NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO.

Declaro que fui esclarecido (a) pela pesquisadora que:

1. Minha participação na pesquisa iniciará após a leitura deste documento, foi me apresentado o roteiro de entrevista que será aplicado, após este projeto de pesquisa receber o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC;

2. Minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, deixando assim de participar da pesquisa, assim que desejar.

3. Caso eu participe, as informações contidas no roteiro de entrevista e de registros sonoros e visuais serão guardadas durante tempo indeterminado, e é garantida a privacidade e a confidência das informações que possam identificar o pesquisado. As imagens serão utilizadas somente para fins de análise, sendo-me solicitada nova autorização para eventuais usos públicos.

4. Fui informado que os meus dados da pesquisa serão sigilosos, não serão divulgados, sendo a identificação nominal somente para fins de contato com a pesquisadora.

5. Fui informado de que a minha participação não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza, sem qualquer custo financeiro;

6. Qualquer dúvida ética poderei entrar em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição pelo telefone (51) 3357-2407;

Porto Alegre, ____, _____ de 2009.

Nome do participante: _____ Assinatura: _____

Pesquisadora: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE C

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Estado civil:
5. Religião:
6. Raça/etnia:
7. Nível de formação:
8. Área de atuação:
9. Função que você exerce no setor:
10. Tempo de trabalho na instituição (-----) e no CDI (-----)

II. QUESTÕES ORIENTADORAS DO GRUPO FOCAL:

1. Porque trabalha neste setor? O que lhe motiva em seu trabalho? O que lhe dá sentido ao seu trabalho?
2. Que atividades você realiza no cotidiano do seu trabalho? Quais atividades você gostaria de realizar e não consegue? Quais atividades não se pode fazer? Quais atividades você tenta fazer e não consegue? Quais atividades você tem vontade de fazer? Quais atividades tem que ser refeitas?
3. Quais as características do processo de trabalho?
4. Como você vê as relações humanas no seu local de trabalho?
5. Como profissional você se sente valorizado pela chefia/instituição? Porquê?
6. O que lhe desmotiva? Quais as dificuldades enfrentadas?
7. Como você percebe o processo de educação permanente em saúde no HNSC?

8. Você acredita que a educação permanente pode qualificar o processo de trabalho? De que maneira isso pode acontecer?