

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

JOSINEIDE PEREIRA DA SILVA

**O ENFERMEIRO EDUCADOR E OS DESAFIOS À PRÁTICA DA EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM UM HOSPITAL PÚBLICO**

**RECIFE
2019**

JOSINEIDE PEREIRA DA SILVA

**O ENFERMEIRO EDUCADOR E OS DESAFIOS À PRÁTICA DA EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM UM HOSPITAL PÚBLICO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

S586e Silva, Josineide Pereira da.
O enfermeiro educador e os desafios à prática da educação permanente em um hospital público/ Josineide Pereira da Silva. — Recife: [s.n.], 2019.

135 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Pedro Miguel dos Santos Neto.

1. Educação Continuada. 2. Enfermeiros. 3. Hospitais Públicos. 4. Pessoal de Saúde. I. Santos Neto, Pedro Miguel dos. II. Título.

CDU 614:37

JOSINEIDE PEREIRA DA SILVA

**O ENFERMEIRO EDUCADOR E OS DESAFIOS À PRÁTICA DA EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM UM HOSPITAL PÚBLICO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Data de aprovação: 26 de fevereiro 2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto
Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Prof^a Dr^a. Tereza Maciel Lira.
Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Prof^a Dr^a. Gabriella Duarte Morais
Universidade Federal de Pernambuco

Aos mestres da vida e da Escola

AGRADECIMENTOS

À Deus, que nos dá vida e inteligência para aprender e adquirir sabedoria.

A meus pais, que através da Educação vislumbraram e propiciaram as minhas conquistas;

Aos meus irmãos, com quem sempre troquei ideias e sonhos inimagináveis!

Aos meus filhos, por me aceitarem como sou e acreditarem que eu conseguiria!

Ao Professor Pedro Miguel, meu Orientador de novos caminhos na educação.

Aos professores, todos, pelo convívio e as trocas de conhecimentos durante o programa

Ao 'Semente', que ajudou a todos nós romper a casca e germinar.

A todas as mulheres guerreiras da nossa turma que “não fogem da luta e não têm medo de nada” e me permitem perceber que juntos, somos mais que a soma das partes.

Aos profissionais de saúde que vestem a camisa e se empenham em fazer do SUS um grande Sistema.

O que se encontra no início? O jardim ou o jardineiro? O jardineiro. Havendo um jardineiro, mais cedo ou mais tarde um jardim aparecerá. Mas, havendo um jardim sem o jardineiro, mais cedo ou mais tarde ele desaparecerá. O que é um jardineiro: uma pessoa cujo pensamento está cheio de jardins. O que faz um jardim são os pensamentos do jardineiro. O que faz um povo são os pensamentos daqueles que o compõem!

Rubem Alves

SILVA. Josineide Pereira da. **O Enfermeiro Educador e os desafios à Prática da Educação permanente em um Hospital Público**. 2018. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2018.

RESUMO

Consolidar a prática de Educação Permanente em Saúde em instituições públicas de saúde permanece desafiador. O estudo **O Enfermeiro Educador e os desafios à Prática da Educação permanente em um Hospital Público** objetivou analisar a atuação do enfermeiro como educador e os desafios enfrentados por eles na prática da Educação Permanente em um hospital público. É um estudo de caso exploratório, de abordagem qualitativa, por triangulação de métodos. Foi utilizado entrevistas semiestruturadas, guiadas por um roteiro e que foram gravadas e transcritas. Também foi realizado análise documental do Núcleo de Educação Permanente do hospital e observação não participante em setores com maior demanda por educação, com a construção de diários de campo para subsidiar as análises. Foi preenchido um formulário para levantamento do quantitativo de profissionais de saúde junto ao setor de Gestão de pessoas; quanto aos enfermeiros, buscou-se identificar o tipo de vínculo com o hospital, formação tempo de atuação para conhecer o perfil. Dos 211 Enfermeiros vinculados por concurso com a Secretaria Estadual de Saúde, foram entrevistados dez enfermeiros, considerando o tempo de vínculo com a instituição, terem aceitado participar da pesquisa e terem acompanhado o processo de implantação da educação permanente no hospital. Destes, quatro são gerentes e seis são enfermeiros assistenciais. A análise das entrevistas foi orientada pela análise temática proposta por Minayo (2010) e possibilitou a criação de categorias temáticas, elaboradas à luz do referencial sobre educação permanente em saúde. **Resultados.** A análise dos dados produziu compreender a percepção do enfermeiro sobre EPS e quais desafios enfrentam ao desenvolverem ações de educação junto aos membros da equipe; qual a concepção dos enfermeiros sobre EPS e a quem compete sua execução; que existem muitos obstáculos à essa prática no interior do serviço em função da inexistência de enfermeiros no Núcleo de Educação permanente. Foi desenvolvido um plano de ações com base no diagnóstico de problemas levantados durante as entrevistas. A prática pedagógica desenvolvida no hospital se encontra distanciada dos princípios estruturantes bem como dos arcabouços teóricos e filosóficos da educação permanente para o Sistema Único de Saúde. A prática da educação permanente é uma possibilidade real para enfermeiros dentro do hospital. Para isso, é importante a sensibilização destes para enxergarem no espaço de trabalho e nas relações sociais aí produzidas, o potencial educativo desses enfermeiros. Espera-se com o resultado desta investigação contribuir com o desenvolvimento e a prática da EPS pelos Enfermeiros e assim fortalecer sua capacidade de atuação na Instituição e contribuir com a construção do conhecimento coletivo que supere a fragmentação e a compartimentalização do cuidado.

Palavras-chave: Educação. Educação Permanente. Trabalhador de saúde. Enfermeiro. Educador.

SILVA. Josineide Pereira da. **The Nurse as an educator and the challenges to the continuing education Practices at a Public Hospital**. 2018. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública). Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, PE. 2019

ABSTRACT

Aimed to analysis the role of the nurse as na educator and the challenges faced by them in the permanente education practices in a public hospital. It's an exploratory study case with a qualitative approach, by method triangulation. Semi structured interviews were utilized, guided by a script and recorded and transcribed. It was also done documental analysis of the Núcleo de Educação Permanente of the hospital and non-participating of the sectors with the highest demands for education, with the construction of field to subsidize the analysis. A formulary was filled to raise the quantitative of health professional in the sector for personnel management. Regarding the nurses, it was aimed to identify their link with the hospital, their graduation and time of operation to obtain that profile. Of the 211 nurses, considering their time linked to the institution, their acceptance to participate in the research and their experience following the process of implementation of permanent education at the hospital. From those selected, four are managers and six of them are assistential nurses. The Analysis of the interview followed the theme analysis proposed by Minayo (2010) and allowed the creation of themed categories, elaborated under the referential about permanent education in. **Results:** The analysis of the data produced allowed us to comprehend the nurse's perception about permanente education in health and which challenges they face when developing educational actions along with other team members. What is their conceptions about permanente education in health and to whom's responsible for its execution. There are many obstacles to those practices in the service due to the inexistence of nurses in Núcleo de Educação permanente. An action plan has been developed based in the diagnose of the problems raised during the interviews. The pedagogical practice developed at the hospital is far from the structuring principles as well as the theoretical and philosophical frameworks of permanent education for the SUS. The continuing education practice is a real possibility for nurses inside the hospital. For this it's important to sensitive those to see in their workspace and in their social relations there produced, the educational of those nurses. It is expected from the results of this investigation a contribution towards the development of the permanent education in health practice by nurses and thus strengthening their capacity of operation at the institution and the construction of the collective knowledge that overcomes fragmentation of care.

Key words: Education. Continuing Education. Health care worker. Nurse. Educator.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Síntese da evolução dos fundamentos legais da EPS	31
Figura 1 - Esquema figurativo dos recursos metodológicos	51
Figura 2 - Imagem aérea do Hospital Agamenon Magalhães	53
Quadro 2- Profissionais de saúde do HAM	55
Quadro 3- Roteiro de observação sistemática	57
Quadro 4- Perfil dos participantes do estudo	60
Quadro 5- Mapa das categorias temáticas do estudo	62
Figura 3- Nuvem de palavras a partir das entrevistas	64
Quadro 6- Distribuição dos cargos de liderança da Enfermagem	65
Quadro7- Atividades educativas desenvolvidas pelo Núcleo de educação permanente do HAM	84
Quadro 8-características favoráveis / desfavoráveis para promoção da EPS na instituição	93
Figura 4- Propósito da EPS nos espaços de trabalho em saúde	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -Distribuição dos Enfermeiros segundo grau de instrução, vínculo empregatício e tempo de serviço	66
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
AB	Atenção Básica
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CF	Constituição Federal
CFE	Conselho Federal de Educação
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESPPE	Escola de Saúde pública de Pernambuco
HAM	Hospital Agamenon Magalhães
HE	Hospital de Ensino
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NOAS	Normas Operacionais da Assistência Social
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde
PE	Pernambuco
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PEPS	Política de Educação Permanente em saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PITS	Programa de Interiorização dos Trabalhadores de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROEP	Programa de Expansão da Educação Profissional

PROFAE	Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
SEGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SES-PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivo Geral	19
1.2 Objetivos Específicos	19
2.1 A Educação como mecanismo de transformação do trabalho	20
2.2 Educação Permanente em Saúde: histórico, conceitos e desafios	26
2.3 O processo de Trabalho em Saúde e a Enfermagem	33
3 PERCURSOS METODOLÓGICOS	50
3.1 Tipo de Estudo	50
3.2 Lócus do estudo	52
3.3 A coleta de dados	55
3.4 Abordagem qualitativa	55
3.4.1 <i>Instrumentos de coleta e procedimentos de produção de dados</i>	56
3.5 Participantes da pesquisa	58
3.5.1 <i>Características dos participantes</i>	59
3.6 Aspectos éticos	60
3.7 Análise e interpretação dos dados	60
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
4.1 O Perfil dos profissionais de Enfermagem do HAM	64
4.2 Os desafios de educar nos espaços de trabalho	67
4.2.1 <i>Desafios externos que interferem no ambiente hospitalar</i>	77
4.3 O hospital- espaço de trabalho gerador de conhecimentos	80
4.4 O diálogo como mediação entre cuidar e educar	87
4.5 Ressignificação do cuidado de enfermagem pela educação permanente ..	90
5 CONCLUSÃO	95
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com enfermeiros	112
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com enfermeiros assistenciais	113
APÊNDICE C- Formulário: levantamento do vínculo e formação dos enfermeiros	114
APÊNDICE D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	115
APÊNDICE E- Roteiro para análise documental do Núcleo de EPS do HAM	117
APÊNDICE F- Roteiro de observação sistemática	118
APÊNDICE G – Roteiro do Diário de Campo	119
ANEXO 1- Carta de Anuência do Centro de Estudos do HAM	120

ANEXO 2 - Foto da placa de inauguração do Hospital em 1953.....	121
ANEXO 3- Compra da Casa de Saúde São João pelo IAPI em 1953	122
ANEXO 4- Ofício de compra de casa para ampliação do Hospital.....	124
ANEXO 5- Termo de Cessão do HAM à SES/ Pernambuco.	125

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a capacidade cognitiva dos trabalhadores de interpretar informações complexas, ter autonomia e poder de decisão, adaptando-se à era de mudanças vertiginosas que estavam ocorrendo na sociedade acentuou-se nas décadas de 1960-1970 e na busca de contemplar as reais necessidades dos serviços e da população, na década de 1980 a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) propôs iniciativas educacionais para o desenvolvimento de Recursos Humanos de saúde (BRASIL, 2007; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A escola não dava mais conta de absorver as mudanças, e na perspectiva de enfrentar este descompasso entre educação e trabalho no âmbito da saúde, uma nova visão da educação, baseada na reflexão crítica e valorização dos saberes profissionais nos espaços de trabalho, elegeu-se a educação pautada no diálogo, na horizontalidade, na construção mútua e na confiança no outro (BRASIL, 2007; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

É através da educação que se prepara o indivíduo para a vida, para o trabalho e para o mundo e esta concepção de Educação tem como foco o ser humano e suas relações nos espaços sociais (FREIRE, 2016; PRADO; SALUM, 2007; SENGE, 1990).

A educação envolve a formação, que é parte da vida dos seres humanos, desde o nascimento até a morte; permeia a humanidade desde seus primórdios na Terra; é um componente social que modifica e influi nos processos de vida e de trabalho humano, ajustando padrões e moldando as organizações sociais (DALL'AGNOL, 2016; MANNHEIN, 1993).

É grande a velocidade com que se incorporam os avanços tecnológicos com equipamentos e medicamentos sofisticados em saúde aumentando a demanda por mão de obra cada vez mais especializada e priorizando novos perfis profissionais, com habilidades e competências para atender às proposições inovadoras que exige que estratégias educacionais nos espaços de trabalho sejam implantadas. É a lógica dominante impondo as regras do mercado (BARBOSA; JESUS, 2011; PESSOA, 2010; PIERANTONI, 2012; PRADO; SALUM, 2007).

No final dos anos 80 e anos 90, com a nova Constituição e a reforma do sistema de saúde, fortaleceram-se os anseios em garantir o exercício dos princípios doutrinários do Sistema único de Saúde, SUS. Este novo Sistema de saúde

representa um novo conceito de saúde e com ele, uma nova forma de pensar as necessidades de saúde da população e os meios para uma atenção com qualidade (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Esta nova lógica de pensar a saúde, centrada na prevenção e promoção de saúde necessitava envolver as instituições formadoras, os gestores, os trabalhadores e usuários do Sistema, levando-os a refletir e a construir sua autonomia, reinventando e redescobrimo novas oportunidades de crescimento como pessoas e como trabalhadores (FREIRE, 2016; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Desde as Leis orgânicas da saúde (8080 e 8142/90) já havia uma preocupação com a formação e o desenvolvimento de trabalhadores e, em 2004, o Ministério da Saúde (MS) trouxe a proposta de transformação das práticas de educação e formação no/para o trabalho, ao implementar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), tendo o Sistema Único de Saúde como uma rede escola, onde os locais de trabalho seriam espaços de ensino e atuação reflexiva, crítica e compromissada (BRASIL, 2009; CECCIM, 2005).

Pautada por uma educação baseada no diálogo e na horizontalidade, no conhecimento de si e do outro mediatizados pelo contexto, a Educação Permanente fundamenta-se na problematização para nortear a qualificação dos profissionais e planejada como uma estratégia de mudanças nos processos de trabalho, formação e gestão, através do diálogo permanente entre teoria e prática, esta educação tem o objetivo de transformar o ambiente de trabalho num espaço democrático e participativo, ao passo que promove a reflexão crítica sobre os problemas identificados nestes espaços (BRASIL, 2009; GARCIA, 2009; PIERANTONI, 2012).

A PNEPS é fruto da preocupação com a formação dos trabalhadores/profissionais de saúde e busca desenvolver práticas indutoras de mudanças entre os trabalhadores de saúde como sujeitos de saberes e que estes dialoguem com esses saberes, tendo a problematização para ressignificá-los, difundindo o conhecimento nos espaços de trabalho e assim transformando as práticas do cuidado (GARCIA, 2009; PIERANTONI, 2012).

O mercado de trabalho, notadamente o de saúde, vem exigindo cada vez mais atualização e permanente renovação dos conhecimentos por parte dos trabalhadores da saúde, pela complexidade de conhecimentos e especificidades que o cuidado de saúde requer (JESUS, 2011; MARQUES; PIOLA; ROA, 2016).

A educação é reconhecidamente o meio de excelência para o alcance das vantagens competitivas que o mercado exige e os avanços tecnológicos e as inovações têm levado profissionais de diversas áreas a buscar qualificação e o aprimoramento de suas habilidades e competências (BARBOSA; PESSOA, 2010; JESUS, 2011; PRADO; SALUM, 2007).

Com os profissionais de enfermagem não tem sido diferente e estes avanços têm tornado o trabalho da enfermagem cada vez mais complexo e exigido mais e mais qualificação para enfrentar estes desafios do mundo do trabalho, ao passo que expõe os limites e desafios que países de baixa e média renda enfrentam para lidar com a inovação e a competitividade (BARBOSA; PESSOA, 2010; JESUS, 2011; PRADO;)

Ronsani (2011) refere que o Enfermeiro desenvolve ações de cuidado de saúde e que, além de cuidar, assistir, administrar e gerenciar, exerce também a função de educador, mantendo sua equipe atualizada quanto às técnicas e procedimentos, de modo que a EPS possibilita a transformação e a qualificação do cuidado prestado pelo Enfermeiro e sua equipe. Esta educação capacita para o exercício da autonomia entre seres relacionais, ao questionar saberes e fazeres, mediatizados pelos seus contextos.

A importância de direcionar o olhar para a formação de recursos humanos de saúde reside no fato destes serem os ativos que devem ser valorizados, porque as organizações dependem desse capital humano, os quais criam vantagens competitivas para as organizações (DJELLAL, 2005).

Ao considerarmos a evolução do processo de decisão e implantação da estratégia de EPS ao longo dos últimos doze anos, observamos que há muitos desafios e dificuldades a serem superados até a plena materialização desse processo; dentre as muitas dificuldades para a plena efetivação da política de educação permanente está a gestão dos recursos humanos e organização do processo de trabalho em saúde tidas como um dos principais problemas a serem superados; dois outros problemas que contribuem são o financiamento e a regionalização (FIGUEIREDO *et al.*, 2014; FRANÇA, 2017; PERNAMBUCO, 2016).

Pernambuco vem tentando efetivar a regionalização desde 2009 quando elaborou o primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento ordenador da implementação do modelo de gestão; porém, devido à ausência de mecanismos de coordenação política e articulações além das limitações tanto organizacionais quanto financeiras de muitos municípios, há, ainda muitos

impedimentos para a operacionalização da política de EPS no estado (PERNAMBUCO, 2016).

Chaudry e Rehman (2009) consideram que há necessidade de fortalecimento das instituições educacionais de uma nação para enfrentar esses desafios e contribuir com o crescimento dos fatores produtivos e desenvolvimento do capital humano. O hospital como instituição de saúde se constitui também uma instituição de ensino aprendizagem onde a educação como fenômeno humano, universal e social, necessário à existência de toda a sociedade, pode contribuir para o desenvolvimento de seu capital humano e de suas capacidades.

Assim, esta pesquisa analisou a atuação do enfermeiro como educador num hospital público e quais desafios eles enfrentam à esta prática no interior do serviço. É um trabalho de abordagem qualitativa, por propiciar reflexões críticas sobre os elementos subjetivos que permeiam as práticas do cuidado vivenciadas e desenvolvidas pela enfermagem. Mostrou ser relevante pela necessidade de pôr em prática esta estratégia para lidar com questões de ensino/ aprendizagem na área de saúde e entender que a educação formal, vertical e bancária não dá conta da organização do processo de saúde no setor.

Partimos dos pressupostos de que os profissionais de enfermagem do Hospital pouco conhecem sobre a Educação Permanente em saúde e sobre sua importância como ferramenta para melhoria da assistência prestada; que não a utilizam para melhorar a assistência às necessidades de saúde dos indivíduos e melhorar a interação e o diálogo entre os membros da equipe de modo que possam “*saber, conhecer e prever*” possíveis falhas e inconsistências nos processos de trabalho e corrigir, e assim prestar um cuidado de qualidade, articulado com concepções e práticas inovadoras e na construção do conhecimento coletivo que supere a fragmentação e a compartimentalização do cuidado.

A importância desse estudo é poder contribuir com o desenvolvimento de uma postura mais autônoma da Enfermagem no hospital, ao passo que promove satisfação no trabalho e integralidade no cuidado e integração nas relações sociais; contribuir com o desenvolvimento do espírito crítico e observador para avaliar as ações e propor as mudanças necessárias para uma assistência com qualidade, e assim contribuir para o fortalecimento do hospital.

1.1 Objetivo Geral

Analisar a atuação do Enfermeiro como educador e os desafios enfrentados na prática da Educação Permanente em um hospital público.

1.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever o perfil dos profissionais de enfermagem do hospital;
- b) Compreender a importância atribuída à Educação Permanente em Saúde pelo enfermeiro, refletindo sobre sua prática e os principais mecanismos para a execução de ações/estratégias de educação no hospital;
- c) Identificar os desafios presentes no contexto da prática da enfermagem que impede o desenvolvimento de ações de Educação Permanente;
- d) Discutir o papel do enfermeiro como educador e mediador entre o conhecimento e a prática no trabalho em equipe;
- e) Propor um plano de Intervenção para a prática de Educação Permanente que contribua para a melhoria do serviço.

Em seguida, apresentamos o referencial teórico que embasa o estudo e os procedimentos metodológicos da investigação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O SUS, como Sistema integrado de atenção à saúde e resultado das lutas sociais trouxe no seu arcabouço a preocupação com profundas mudanças na forma de cuidar da saúde e na busca do cuidado integral à população. Sua implantação como Sistema Único e Público com a promulgação das Leis 8080 e 8142 em 1990, ampliou o acesso a um Sistema de saúde pública com assistência de qualidade a todos os brasileiros (SANTOS, 2012).

A Lei nº 8.142/90 redefine então a Gestão e instrumentaliza Estados e Municípios para assumirem seus papéis enquanto gestores no atendimento das necessidades de saúde de suas populações e em garantir as ações e os meios para o atendimento integral a essas populações, incluindo aqui a formação do trabalhador de saúde (BRASIL, 1990c).

Igualmente, a Lei Orgânica de saúde, nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990) dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes e trata no seu artigo 27 da competência de execução da política de formação de recursos humanos para a área de saúde, envolvendo as três esferas de governo: “A política de recursos humanos será formalizada e executada pelas diferentes esferas para cumprir objetivos, organizar um sistema de formação de recursos humanos [...] e elaborar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 1990b).

2.1 A Educação como mecanismo de transformação do trabalho

A ampliação do acesso e a transferência dos Serviços de Saúde passaram a constituir desafios para Estados e Municípios agora com a responsabilidade de gerir, coordenar e planejar para uma Rede de Serviços¹ de saúde do SUS, com suas peculiaridades e suas características próprias, uma vez que estes Serviços, enquanto Organizações de saúde atuam num determinado contexto para atingir objetivos ao produzir bens e serviços (CHIAVENATO, 2011; SANTOS, 2012).

¹ Na definição genérica dada por Marx, **serviço** é o efeito útil de alguma coisa, mercadoria ou trabalho. E o que resulta da utilização de bens ou da força de trabalho em seu aspecto de valor de uso (MARX, 1983).

Por outro lado, o contexto político e econômico de intensas transformações causadas pela globalização, reestruturação e expansão do capitalismo, passou a interferir nas forças produtivas e econômicas, promovendo o aumento das desigualdades sociais e econômicas e ampliando o conflito entre capital e trabalho com um conseqüente barateamento da mão de obra qualificada e influenciando as práticas sociais (PAIM, 2018; SANTOS, 2012).

Deste modo, a expansão do capitalismo abriu espaço para incorporação de novas tecnologias e expansão da rede hospitalar (ainda centrada numa assistência médica-curativa) e o conseqüente aumento na demanda por trabalhadores que realizam tarefas em todos os níveis de complexidade e que necessitam de direcionamento, supervisão e treinamento constantes (CHIAVENATO, 2011).

Com a publicação das Normas Operacionais Básicas do SUS, (NOB/SUS), em 1991, 1992, 1993 e 1996, o Sistema passou a dividir as responsabilidades entre as três esferas de governo, em busca de superação dos obstáculos com a descentralização e transferência progressiva tanto de Serviços de Saúde e atribuições quanto de responsabilidades financeiras e de Gestão para Estados e Municípios visando à maior equidade na alocação dos recursos e do acesso às ações de saúde pela população (BRASIL, 2018; SANTOS, 2012).

As Instituições de saúde que passaram a compor a Rede de prestadores de serviços de saúde têm como especificidade um conjunto de regras e estruturas organizacionais instituídas de acordo com políticas governamentais abrangentes e de aplicação muito particulares, constituindo verdadeiros desafios a serem superados; para a superação desses desafios e baseados no conceito ampliado de saúde, foi proposto um novo modelo de gestão e de atenção para as organizações de saúde e seus trabalhadores, com foco nas reais necessidades de saúde da população e em princípios filosóficos e organizacionais que reorientassem o processo de trabalho em saúde e a prática do cuidado (BRASIL, 1990; CHIAVENATO, 2011; SANTOS, 2012).

Esta reorganização e mudanças propostas exigiriam uma qualificação do trabalho, que, para Vieira (2007), “[...] é uma relação social complexa que varia, portanto, conforme a época e não apenas em função de aspectos técnicos e de organização do trabalho”. A reforma no sistema de saúde e a constatação do despreparo dos trabalhadores para dar conta das ações nos moldes da atenção à saúde, proposto pelo SUS, fortaleceram as reivindicações para adequação da gestão e formação dos recursos humanos de saúde.

Nesta perspectiva de fortalecer o processo da gestão e de valorização do trabalhador da saúde, em 2003, o Ministério da Saúde (MS), criou uma Secretaria estruturada para atender a gestão do trabalho e a gestão da educação na saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em saúde (SEGTES), que passou a desenvolver políticas orientadoras da gestão e de formação e regulação dos trabalhadores do SUS; trazendo um reordenamento à estrutura administrativa vigente na qual o trabalhador passa a ser visto como sujeito social, de direitos, capaz de contribuir e interagir com diversos outros atores sociais (BRASIL, 2007).

Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que passou a dispor sobre as diretrizes para a implementação e compartilhamento com os três níveis gestores do SUS, definição da execução orçamentária, o planejamento, o monitoramento e avaliação das atividades da Política, buscando soluções para as necessidades de saúde como estratégia de qualificação de gestores e profissionais de saúde. Visando ao fortalecimento e a consolidação do SUS e com base na problematização da realidade, são criados os pólos de educação permanente em saúde que passam a guiar as ações da Rede de Escolas Técnicas do SUS, a RET-SUS (CAMPOS; GIGANTE, 2016; CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011).

Em 2006, foi instituído o Pacto pela Saúde, composto por outros três pactos: o Pacto pela vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão, para fortalecer o processo de descentralização, de regionalização e estabelecer as diretrizes da gestão do Sistema, do trabalho e da educação na saúde. Dos três, o pacto de Gestão trata de elementos importantes para a valorização do trabalhador e de sua capacitação enquanto cidadão e para a consolidação da política de Educação em Saúde (BRASIL, 2006; CAMPOS; GIGANTE, 2016).

Com o objetivo de se adequar ao Pacto pela saúde, a PNEPS foi atualizada pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007 e visando superar algumas dificuldades e na perspectiva de fortalecer o processo da gestão e de valorização do trabalhador da saúde, a Política passou a dispor sobre as diretrizes para a implementação, compartilhamento com os três níveis gestores do SUS, definição da execução orçamentária, o planejamento, o monitoramento e avaliação das atividades da Política (BRASIL, 2006, 2007; CAMPOS; GIGANTE, 2016; CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011).

O compartilhamento entre os três níveis de governo, assim como a regionalização da construção das propostas de Educação Permanente, poderia promover a consolidação da mesma e, com a criação das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) e o Colegiado de Gestão Regional (CGR), que se encarregariam de elaborar o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde promoveria o desenvolvimento da EPS nas diferentes regiões do país (BRASIL, 2007).

Conforme o artigo 2º da PNEPS, a condução da Política se daria pelos Colegiados de Gestão a nível Regional que elaborariam um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, PAREPS, em consonância com os Planos de Saúde Estaduais e Municipais e com a participação das CIES na formulação, condução e desenvolvimento das demandas de Educação Permanente em Saúde a partir das necessidades levantadas (BRASIL, 2007).

No entanto, só em 2012 a Política passa a ser discutida e o tema aprofundado e, em 2014, é publicada a Portaria nº 278, que institui diretrizes para a implementação da PNEPS no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Todo esse esforço visando melhorar a atuação dos profissionais de saúde, a qualidade da assistência e o grau de satisfação dos usuários do SUS em todos os níveis de atenção (ANDRADE *et al.*, 2011; BRASIL, 2018; MATTOS, 2008).

Pensada como estratégia de transformação através da reflexão crítica sobre as práticas, a Educação Permanente em Saúde (EPS) visa produzir aprendizagens significativas pela problematização no cotidiano do trabalho, considerando as necessidades do serviço, o qual possibilita construir espaços coletivos de discussão, de reflexão e transformação, contribuindo para um aprendizado coletivo (CECCIM, 2005; PINHEIRO, 2015).

É inerente ao ser humano a busca do saber, conhecer. Em qualquer fase da vida, o homem procura a realização pessoal. Furter (1974) afirma que o homem, como sujeito responsável, se utiliza da educação para amadurecer, se tornar pleno e se apropriar de instrumentos e possibilidades diversas para aprender a aprender, para construir e desconstruir conceitos no encontro com o outro. Esta Educação, antes pensada como privilégio do clero, de nobres e ricos passou a ter relevância a partir da Revolução Francesa, em 1789, passando a popularizar-se com a industrialização, como uma educação centrada na formação do indivíduo, fundada em conhecimentos

técnicos e científicos para serem aplicados no mundo do trabalho (DREIFUSS, 1987; WEBER, 2011; SANTOS, 2012).

Os sujeitos, produtores de conhecimentos e de conceitos, se encontram num processo dialógico e dialético, de amadurecimento intersubjetivo, que possibilita ir da reflexão à ação e vice e versa, ampliando os saberes e modificando as realidades, onde “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”. O fato de ‘os homens se educarem entre si mediatizados pelo mundo’ denota uma ação contínua, um processo permanente, que possibilita o desenvolvimento dos indivíduos e a consequente adaptação às mudanças físicas, psíquicas e socioeconômicas (FREIRE, 1987, p. 68).

Educar é um verbo-ação, que remete a um processo de desenvolvimento do indivíduo para ser cidadão, autônomo, crítico e reflexivo e, enquanto cidadão do mundo, inserido numa coletividade cultural, esteja aberto ao diálogo, às trocas, que enriquecem e reconstrói. Como processo, educar promove a aquisição e compreensão de conteúdos essenciais para a vida e se faz presente também no cotidiano do trabalho (DAMIANCE *et al.*, 2016).

Ainda segundo Freire (1979), o homem é o ser em busca de si mesmo, pois que se reconhece incompleto; ele é o ponto de partida e de chegada ao mesmo tempo. Aristóteles considerava o educando um sábio em potencial porque este além da arte da imitação questiona para entender o mundo ao redor.

Para Kant (1996), a Educação constrói o homem para que ele seja livre e participe da sociedade. A Educação faz parte da vida das pessoas desde tempos imemoriais. É um fenômeno social, de busca contínua de conhecer-se e conhecer o outro. Sua função é a transmissão de saberes formais e informais que constituam bases sólidas para os homens conhecerem suas histórias, seus mundos e enfrentarem seus dilemas e desafios no mundo. É um processo dinâmico, pois está em constante mudança e evolução.

O que torna uma criança aprendiz? A curiosidade, a sede de aprender, conhecer o mundo e conhecer a si mesma. A constante interrogação sobre seres e coisas; sempre existe um por que após cada resposta recebida. Ela nunca está satisfeita; não tem medo de perguntar, de quebrar, de perder. Abre as portas do imaginário, do oculto, do aparentemente indizível. Para ela, não existe barreiras ou “não sei”. Há sempre um: “é por que”? E estas mesmas interrogações,

questionamentos devem permear os processos de trabalho em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; FREIRE, 2016).

A educação é elemento chave na formação e manutenção da força de trabalho no mercado de trabalho. Para Pikertty (2014, p.30), a educação é primordial para reduzir as desigualdades: “Pelos mecanismos que levam à convergência, isto é, reduzem e comprimem a desigualdade. As principais forças que propõem a convergência são os processos de difusão do conhecimento e investimento na qualificação e na formação da mão de obra”.

A educação é definida como meio de “conservação e reprodução da identidade social”; implica processos altamente complexos de intervenção na vida do outro, de influências para mudança ou preservação da cultura, dos hábitos, valores e comportamentos dos indivíduos. Essa conceituação não ficou restrita ao campo da Educação enquanto instituição social, mas foi absorvido por outros campos como o da saúde e sendo a Educação um componente social, parte da vida humana em sociedade, inserida nas atitudes, comportamentos e ações, se faz presente e necessária também no cuidado à saúde (DAMIANCE et al., 2016; VALLE, 2002).

É a Educação que impulsiona o desenvolvimento social ao passo que este também a impulsiona, num círculo ascendente: a tecnologia e o avanço da ciência exigem a universalização e ampliação do fenômeno educativo (WEBER, 2011).

Dewey (1971, p. 29) assinala que “é impossível separar educação da vida Humana”. A Educação não é preparação nem conformidade. Educação são a própria vida e o viver; também a relaciona à prática da socialização, inserida em diversos espaços sociais como igreja, família, escola e outros. É uma prática democrática, universal, nem sempre igualitária.

A Constituição Federal no seu artigo 6º (BRASIL, 1988), menciona a educação como direito social:

São direitos sociais a educação, [...] na forma desta Constituição” e no artigo 205 diz que “A Educação [...] será promovida e incentivada [...] visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Este artigo representa um avanço na proteção do direito social à educação e instigou a criação de novas diretrizes educacionais com a Lei 9364 de 1996; esta, conhecida como a Lei de Diretrizes e Bases, destaca o caráter social da educação, vinculando-a ao universo do trabalho e à qualificação do trabalho humano, sendo a educação o fio essencial formador do tecido social (CAMPOS; GIGANTE, 2016).

A importância da educação para a saúde é que esta promove o desenvolvimento das atividades alinhado com a cultura organizacional e visa a plena segurança dos cuidados prestados; esta, juntamente com a gestão do trabalho tem se destacado, pois busca a adequação e alinhamento entre as necessidades de saúde da população usuária e os objetivos institucionais (FONTE, 2008).

2.2 Educação Permanente em Saúde: histórico, conceitos e desafios

O termo Educação como ‘necessidade Permanente’ foi utilizado pela primeira vez em um relatório da Comissão Governamental Britânica de Estudos Pedagógicos em 1919; Educação como processo permanente surgiu em 1955, quando Pierre Furter (1955) a descreve como um “conjunto de instrumentos postos à disposição dos homens [...] a fim de [...] formar-se e informar-se tendo em vista o pleno desenvolvimento das próprias capacidades e, ao mesmo tempo, a mais eficaz participação no Progresso da sociedade”.

Assim, para este autor, a Educação Permanente contribuiria para ajudar os homens a ‘agirem num mundo complexo’ e a se defenderem das ameaças desse mundo complexo e como meio de valorização das experiências dos indivíduos. O conceito da Educação Permanente como estratégia de transformações das práticas de formação e de trabalho vem de longa data, quando os Filósofos e educadores preocupados com a formação dos indivíduos e tendo a educação como uma necessidade humana básica, reconhecem que ela não termina com o crescimento e amadurecimento do Homem, mas que é permanente ao longo da vida (DREIFUSS, 1987; SANTOS, 2012; WEBER, 2011).

O trabalhador de saúde, sujeito da ação de EPS e visto paralelamente à EPS como uma necessidade crescente para a área de saúde, esteve no centro das atenções pela primeira vez num documento da OPAS, o Resúmen de los Informes Cuadrienes sobre las Condiciones Sanitarias em las Americas- Publicacion Científica nº40, publicada em 1958 e na década de 1970 quando se intensificaram as discussões sobre a educação do trabalhador de saúde e sua formação em serviço (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2006).

Por sua vez, ao considerar a estreita relação entre educação e trabalho, a OPAS inseriu o conceito de Educação Permanente como estratégia essencial para o desenvolvimento dos Recursos Humanos em Saúde num momento de profundas

transformações sociais, políticas e econômicas na década de 1980 (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2006).

Considerando a função da educação de conduzir o trabalhador sem prejuízo de suas realidades e liberdade, pode-se falar em Educação Permanente em saúde como um processo emancipatório para trabalhadores de saúde e sociedade, pois essa Educação permite potencializar as inter-relações, transformando a ambos (FERRAZ *et al.*, 2005; DAMIANCE *et al.*, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca a educação permanente e continuada como fundamentais para a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Em reunião para discutir os problemas relacionados ao desenvolvimento da Educação, a UNESCO, órgão da OMS, no ano de 1972, emitiu um relatório conhecido como Relatório Faure, cuja proposta era a EPS como forma de atender as necessidades de educação num mundo em transformação e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), passou a difundir na América Latina a EPS como um modelo de educação para adultos como forma de estes desenvolverem suas capacidades e competências pessoais e profissionais, dando significado às suas vidas (BRASIL, 2005; FAURE, 1972; FONTE, 2008).

O Brasil reconhece a importância da Educação Permanente em saúde como parte de uma política global de formação e qualificação de profissionais para o SUS; respalda esta necessidade no artigo 200 da Constituição Federal de 1988, no inciso III que “compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na saúde” (BRASIL, 1988; CAVEIÃO; MONTEZELI, 2013).

Pensada para romper com a lógica da transmissão de conhecimentos verticalizada e centralizada, que não desenvolve o pensamento crítico e questionador sobre a realidade e as ações sobre essa realidade, a Educação Permanente se diferencia daquela Educação responsável pela adequação para o trabalho e um processo de fortalecimento dos conhecimentos para aperfeiçoar as habilidades e destrezas necessárias ao desenvolvimento dos modos de trabalho e que é conhecida como Educação Continuada (CECCIM; FERLA, 2008).

Esta Educação Continuada (EC) valoriza a transmissão de conhecimentos através de cursos e treinamentos programados para suprir deficiências técnicas, com base no diagnóstico de necessidades técnicas. Ela é considerada uma educação fragmentada, não articulada com a Gestão; busca a melhoria do desempenho e da prática sem a reflexão crítica e autônoma do trabalhador; é pautada na transmissão

mecânica, verticalizada, de conhecimentos desconectados da realidade dos serviços (CECCIM; FERLA, 2008).

Freire (1979) faz uma crítica a essa atualização de conhecimentos e aquisição de informações como continuidade da profissionalização por ser bancária, pontual e visar aumentar ou melhorar as competências adquiridas na formação, centrada no indivíduo, na perspectiva de aperfeiçoamento do *modus operandi*.

Montanha e Peduzzi (2010) também criticam essa concepção por seu caráter individualista, voltado para o aperfeiçoamento técnico - científico acrítico e não reflexivo, verticalizado, onde o conhecimento define as práticas. Por outro lado, a prática da Educação Permanente busca mais do que uma tomada de consciência, é uma conscientização a partir da análise crítica dos problemas com consequente tomada de decisões, individuais e coletivas (FREIRE, 2015).

Ceccim e Feuerwerker (2004), refletem que é a partir dos questionamentos, da problematização², que se dá a Educação Permanente no trabalho e para o trabalho, uma vez que os indivíduos nunca estão satisfeitos, mas sempre em busca de construir e reconstruir conceitos, o que permite atribuir novos sentidos a estes modos de fazer, transformando-se numa aprendizagem significativa do coletivo; é a reflexão na ação que permite revisitar o pensamento que a motivou e a repensar em novas estratégias de ação.

Definida como um conceito pedagógico, a estratégia de Educação Permanente em Saúde veio como proposta para transformação das práticas profissionais de saúde e melhorar os processos de gestão e de organização do trabalho nos serviços de saúde. Ela é fruto dos movimentos sociais e dos trabalhadores do SUS, que reconhecem a sua importância para valorizar o trabalhador, contribuir com a construção permanente e fortalecimento do sistema de saúde, SUS (CANÁRIO, 1994; CECCIM; FERLA, 2008; PAIM, 2011; PINHEIRO, 2015).

Com o desenvolvimento de políticas voltadas para a qualificação e valorização do trabalhador de saúde, outras ações estruturantes vêm se firmando como o Programa Universidade Aberta do SUS, UNASUS, o programa de Telessaúde aplicado à Atenção Básica, Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde, com foco no trabalhador e para o fortalecimento do SUS (MATTOS, 2008; ANDRADE *et al.*, 2011).

² Problematizar implica um exercício crítico sobre o pensamento; atividade incessante de análise ao passo que gera novos problemas a serem solucionados.

Pensada como estratégia de transformação através da reflexão crítica³ sobre as práticas, a EPS visa a produzir aprendizagens significativas pela problematização no cotidiano do trabalho, considerando as necessidades do serviço, o qual possibilita construir espaços coletivos de discussão, de reflexão e transformação, contribuindo para um aprendizado coletivo. Também compreendida como um conceito pedagógico, a EPS tem sua grande potencialidade ao articular as práticas de ensino e serviço, gestão e o controle social e o propósito de qualificar os trabalhadores no trabalho, para o trabalho e através do trabalho, um gigantesco desafio pois as demandas ainda são definidas a partir de necessidades individuais de atualização (DAMIANCE *et al.*, 2016; FRANÇA *et al.*, 2017; MICCAS; BATISTA, 2014).

Campos *et al.* (2006) refere a importância dos elementos que façam sentido para o aprendizado e a EPS é uma estratégia que requer uma formação articulada com saberes e práticas e a compreensão dos processos; é multiprofissional e interdisciplinar; integra diversas áreas da instituição, visando desenvolver as relações interpessoais, o pensamento crítico e as habilidades técnicas.

Uma vez que é o conhecimento que “define as práticas”, estas também devem ser a mola propulsora para os trabalhadores pensarem na sua vivência, no seu cotidiano, nos problemas encontrados e questionarem sobre outros modos, outras possibilidades, dentro dos espaços, onde os mesmos possam discutir, falar de seus conflitos, seus dilemas, numa construção e desconstrução de saberes e então transformar suas práticas (MICCAS; BATISTA, 2014).

Para Canário (1994), a “formação permanente” está intimamente associada à ideia do ser humano inacabado e da ‘produção de si por si’. Considerando as práticas inseridas nos contextos de trabalho como ponto de partida para reflexão, é preciso também considerar os contextos de trabalho como espaços de reflexão para as práticas formativas, uma vez que é na interação, no coletivo que se reconhece o individual do trabalhador e a importância de suas experiências no processo de ensino-aprendizagem no trabalho.

A observação e a percepção do meio, no interior dos serviços de saúde, favorecem o espírito crítico e reflexivo que instiga a busca por soluções que deem conta das mudanças de práticas necessárias a uma atenção integral e integrada aos preceitos do SUS e por permitir sua porosidade, a capacidade de permitir absorver as

³ A reflexão crítica envolve três etapas: a atitude, o conhecimento e as habilidades de pensamento, que resultam no pensamento crítico (CHROBAK, 2017).

mudanças ao passo que promove mudanças nos/dos processos de trabalho em saúde (DAMIANCE *et al.*, 2016; PEIXOTO *et al.*, 2013; PINHEIRO, 2015).

Esses serviços de saúde constituem-se em verdadeiras escolas e excelentes espaços para formação de profissionais de saúde, compondo uma rede, sendo reconhecida como Rede SUS Escola. São nestes espaços de trabalho em saúde que se desenvolvem as ações e o cuidado de saúde, cujo produto é consumido enquanto é produzido e que é denominado por Merhy como ‘trabalho vivo em ato’. Do ponto de vista pedagógico, a Educação Permanente em Saúde ao se apropriar dos espaços de trabalho nesses Serviços de Saúde para mudar as práticas através de uma aprendizagem no trabalho e para o trabalho, conduz o trabalhador de saúde a uma participação ativa no seu próprio aprendizado, ao passo que incorpora as mudanças e transformações do mundo do trabalho e para além dele, para a vida (MERHY, 2005; PINEIRO, 2015; STROSCHEIN; ZOCHE, 2012).

Castells (2011) descreve a evolução acelerada da produção do conhecimento e da informação, promovida pela evolução econômica, a globalização dos mercados e as novas tecnologias, exigindo das organizações velocidade na adaptação para sobreviverem. Para as organizações de saúde, o sub-financiamento da saúde e da reestruturação administrativa, aliada a falta de priorização pelos gestores, seja pelo desconhecimento seja pela pouca valorização da sua importância, a política de EPS que poderia contribuir para seu avanço, não se efetivou plenamente (CECCIM; FEUERWRKER, 2005; MATTOS, 2008).

O quadro 1 traz uma síntese dos fundamentos legais da educação Permanente:

Quadro 1- Síntese da evolução dos fundamentos legais da EPS

(continua)

Ano	Síntese da evolução dos fundamentos legais da educação
1960	CENDES-OPAS. PLANEJAMENTO com intervenções centradas em prover mão de obra para organização hospitalar e suprir Recursos Humanos capaz de lidar com tecnologias cada vez mais complexas
1975	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS)
1975	Programa de Cursos Descentralizados de Saúde Pública
1976	PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, criado pelo Decreto nº 78.307 de 1976
1981	Projeto Larga Escala (PLE)
1985	Rede Unida
1986	I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
1987	Projeto de capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (CADRHU)
1988	Constituição Federal
1990	Leis 8.080 e 8.142
1990	Projeto UNI (Uma Nova Iniciativa Ensino, Serviço e Comunidade)
1993	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNPSUS)
1993	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NORH-SUS)
1993	II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
1999	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE)
2000	Princípios e Diretrizes para a NOBRH-SUS
2001	Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Área da Saúde (DCN)
2002	VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde)
2003	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)
2003	Política Nacional de Gestão do Trabalho no SUS
2004	Política de Educação Permanente em Saúde
2004	Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS
2004	Comissão Especial para elaboração de diretrizes do PCC-SUS
2005	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)
2005	Residências em Saúde

Quadro 1- Síntese da evolução dos fundamentos legais da EPS

(conclusão)

Ano	Síntese da evolução dos fundamentos legais da educação
2006	Pacto pela saúde
2006	3ª Conferência Nacional de RHS. Política de Gestão do Trabalho
2006	Qualificação e estruturação da gestão do trabalho no SUS – ProgeSUS
2007	Telessaúde
2008	PET-Saúde
2009	PROFAPS
2010	Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)
2010	Sistema FIES (Lei 12.202)
2011	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)
2011	contrato organizativo de ação pública da saúde (COAPS)
2011	INOVA-SUS
2012	Saúde Baseada em Evidências
2013	Caminhos do Cuidado
2014	Comunidades de Práticas
2014	Lançamento da Agência Nacional de Acreditação Pedagógica (AAP-ABRASCO)
2017	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PROEPS-SUS
2018	Programa de Formação de Agentes de Endemias (PROFAGS)

Fonte: A autora,2018

A Educação Permanente em Saúde como prática social, indissociável do processo de trabalho em saúde, tem na Enfermagem e no cotidiano de seu processo de trabalho o espaço necessário para se desenvolver. É no cuidado de saúde que uma prática crítica, reflexiva e criativa pode se estabelecer e se transformar, tanto do ponto de vista individual como coletivo, tanto técnico quanto político pelo compartilhamento do processo de trabalho com outros atores (STROSCHEIN; ZOCCHÉ, 2012).

Para Ribeiro e Motta (1996, p. 4), o espaço relacional constituído pelo processo de trabalho em saúde pode contribuir e fortalecer a prática transformada e transformadora pela EPS:

Fala-se de relações de trabalho enquanto relações sociais que envolvem diferentes intencionalidades. Fala-se de um trabalho imerso em conflitos. [...] isto implica imaginar que os profissionais de saúde têm diferentes visões sobre o mundo e o trabalho e que as práticas que desenvolvem são coerentes com essas visões. Transformá-las requer, portanto, a abertura de espaços para reconhecimento dessas diferenças e em que medida elas obstaculizam a concretização das mudanças desejadas.

2.3 O processo de Trabalho em Saúde e a Enfermagem

As unidades de serviços de saúde desenvolvem processos variados de trabalho. Ao procurar entender o processo de trabalho⁴ na saúde e o que este significa para os indivíduos e quais as implicações do processo educativo na perspectiva da assistência à saúde, é necessário compreender o contexto e o que os sujeitos pensam sobre o que é trabalho (ARAUJO, 2017).

A palavra **trabalho** origina-se do Latim, cujo termo é formado por dois elementos: **tri** (três) e **palum** (madeira), nome dado a um instrumento de tortura a que muitos escravos e pobres eram submetidos por não poder pagar seus impostos. Com a evolução linguística e semântica, a ideia de serviço físico exaustivo e penoso passou a ser castigo/trabalho (SILVA, 2011).

Segundo Marx (1983, 1994, p. 149), o trabalho é o resultado da interação homem/natureza; um processo em que o homem, por “sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza”, pondo em movimento suas próprias forças corporais e se apropriando dos elementos da natureza ao seu redor,

⁴ O processo de trabalho envolve os meios, os objetos e a força de trabalho (CHIAVENATO, 2011).

modificando-os e se modificando e que é pelo processo de trabalho que se dá a transformação do objeto de trabalho; ele faz três distinções do trabalho:

- a) Meio de distinguir o homem do animal;
- b) Condição necessária aos seres humanos e
- c) Que o trabalho modifica e é modificado pelo homem conforme a época e o lugar.

É por meio das representações sociais que se pode compreender como o trabalho se relaciona com a construção e modificação dos sujeitos no seu meio e no trabalho. No setor saúde, o trabalho possui características e especificidades próprias em função do contexto em que se realiza e é influenciado pelo modo de produção capitalista e suas consequências (MACHADO, 2012).

Analogamente, o processo de trabalho em saúde se refere às práticas dos trabalhadores de saúde, inseridos “no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde” (GONÇALVES, 1994, p. 320).

Para Antunes (2004), o processo de trabalho é a atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, comum a todas as suas formas sociais.

Segundo Machado (2012), o trabalho em saúde se reveste de importância na divisão social do trabalho; é atividade subjetiva que se consome no ato do cuidar, desenvolvendo ações relacionadas ao cuidado e assistência direta exercida por uma equipe de saúde e indireta, exercida por um complexo industrial de saúde, na produção de equipamentos, instrumentos e insumos para a saúde.

O trabalho em saúde é um trabalho coletivo; é o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Merhy (2005) chama este trabalho de “*trabalho vivo em ato*”, que se realiza na produção do cuidado, numa ação interativa com o outro e consigo mesmo, se utilizando de meios ou instrumentos físicos, tecnológicos, psicológicos, que cumpram um propósito e se expressa “*como um processo de produção de relações intercessoras*” porque é um trabalho coletivo e social, cujo produto⁵ final é abstrato, imaterial a saúde (ARAUJO, 2017).

⁵ **Produto:** É uma mercadoria (tangível) ou serviço (intangível) que supre uma necessidade, ou atende um desejo, ou ambos, resultante de uma atividade, de um processo (CHIAVENATO, 2011)

O “trabalho vivo em ato” é executado por trabalhadores especializados no cumprimento de tarefas e sua crescente complexidade ou divisão técnica do trabalho é típica do modo de produção capitalista, introduzido por administradores como Frederick Taylor (1856-1915) e Henri Ford (1863-1947) nos Estados Unidos da América e Henri Faiol (1841 -1925), na França (CHIAVENATO, 2011).

O modelo de processo de produção baseado na divisão social do trabalho com controle rígido dos trabalhadores e fragmentação das tarefas que marcou a era da industrialização dos anos sessenta e setenta, não contribuiu para uma aprendizagem participativa, geradora de uma nova concepção do próprio trabalho. No campo da formação, o trabalhador deveria apenas aprender e cumprir bem suas funções previamente designadas, não se preocupando em aprender ou desenvolver outras habilidades (CHIAVENATO, 2011).

As concepções desses administradores revolucionaram a indústria com a divisão dos processos produtivos para aperfeiçoar a produção e aumentar o lucro; a doutrina de Faiol, baseada em seis princípios administrativos (saber, conhecer, prever, organizar, comandar, coordenar e controlar) passou a ser aplicada a outros processos de trabalho. Um desses processos que incorporou bem esses princípios foi o trabalho em saúde (CHIAVENATO, 2011).

O trabalho em saúde, com crescente especialização das atividades e conseqüente complexidade em função dos avanços tecnológicos, eleva os custos da assistência, complexifica e segmenta a formação dos trabalhadores, com criação de novas e diferentes especialidades, ao passo que precariza e proletariza os vínculos, exercendo dupla pressão: sobre os trabalhadores e sobre o sistema de saúde (ARAUJO, 2017; CHIAVENATO, 2011).

Para Marx (1994) o trabalho em saúde é considerado um trabalho improdutivo por não produzir mercadorias; reconhece que contribui indiretamente para a acumulação de capital e influencia a manutenção e reprodução da classe trabalhadora. O trabalho em saúde é composto por áreas técnicas específicas com algumas profissões institucionalizadas, dentre elas a Enfermagem, composta por uma equipe que executa os cuidados sob supervisão do Enfermeiro, também responsável pela organização do cuidado.

O cuidado, como parte do trabalho em saúde e considerado por Merhy (2015) como “trabalho vivo em ato”, estabelece uma relação de aceitação entre trabalhador e usuário. Intersubjetivamente, cria uma responsabilização e confiança entre esses. A

dinâmica desse trabalho “vivo em ato” em saúde que se utiliza de tecnologias⁶ não materiais (leve-duras e leves), materiais (duras) e métodos cada vez mais inovadores, requerem a qualificação e requalificação constantes do conjunto de trabalhadores em saúde (MERHY, 2015).

Araújo (2017) afirma que o trabalhador de saúde precisa avaliar constantemente sua atuação e suas relações de trabalho e o contexto em que atua, posto que constitua os coletivos de produção da saúde a sua interação com a equipe e com os usuários dos serviços de saúde; um dos grandes desafios para os Sistemas de Saúde é suprir a demanda por profissionais de saúde qualificados para atender a uma população submetida a velhos e novos agravos de saúde. O crescimento tecnológico e biotecnológico ameaça e gera insegurança nos empregos; a crise financeira e a globalização impulsionam os trabalhadores a buscar oportunidades e segurança no emprego em mercados promissores (DJELLAL, 2005).

Para que os trabalhadores de saúde⁷ acompanhem as mudanças e deem conta dos avanços científicos e tecnológicos, faz-se necessário observar não só os aspectos formais e sistematizados da Educação, mas também os informais e os diferentes contextos onde esses se encontram, para o seu pleno desenvolvimento profissional, na perspectiva da integralidade⁸ da atenção. Ou seja, os trabalhadores de saúde englobam também pessoas sem formação na área de saúde e que contribuem para a prestação de cuidados em saúde; todas as que direta ou indiretamente estão envolvidas no processo produtivo de saúde e que compõem um Sistema de Saúde (BRASIL, 2008).

As inovações promovidas pela globalização e o avanço tecnológico e sua incorporação pelos Serviços de Saúde também possibilita a atuação dos sujeitos como agentes de mudança, não só no mundo do trabalho, mas também na sociedade como um todo e a Enfermagem é uma das áreas que vem acompanhando esse crescimento e desenvolvimento (HETTI, 2013; WEBER, 2011).

A prática e o ensino das profissões acompanham a evolução das sociedades e o mesmo se dá com o trabalho em saúde. Pensar a prática da Enfermagem no Brasil

⁶ Segundo Merhy (2005), estas tecnologias abrangem tanto os conjuntos de conhecimentos e ações (leve-duras e leves) quanto os equipamentos e instrumentos (tecnologias duras).

⁷ Segundo a Organização Mundial de Saúde (1997), “Trabalhadores de saúde são todas as pessoas fundamentalmente engajadas em ações que têm o propósito fundamental de aumentar a saúde”.

⁸ Roseni Pinheiro a define como “um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, [...], nos níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2008b, p. 256).

é olhar desde a colonização quando os pajés e feiticeiros dos povos nativos com seus rituais domésticos, místicos e naturalísticos curavam à base de ervas até a chegada do colonizador que trouxe o modelo médico português que serviu de base à medicina brasileira (CAPELLA *et al.*, 1988).

As primeiras Enfermeiras diplomadas no Brasil fundaram a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas (ABEn) em 1926 e já se mostravam preocupadas com a educação da Enfermagem e, em 1945 criaram a Divisão de Educação de Enfermagem, visando a organização do ensino e um currículo próprio para a Enfermagem. Com a criação do Conselho Federal de Educação (CFE), responsável pela educação superior, em 1961, uma comissão de peritos passou a discutir os currículos dos cursos superiores (CARVALHO, 1976).

As primeiras legislações sobre a formação profissional de Enfermagem datam da década de 1960, com a Lei 4024/1961. Em 1961, a Carta de Punta Del Este mostrou ser um marco com a elaboração do Primeiro Plano Decenal de Saúde para as Américas, visando mudanças teóricas, conceituais e de práticas relevantes na gestão de Recursos Humanos e nas Políticas de saúde para o continente (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Assim, em 1962 foi fixado o currículo mínimo para os cursos de Enfermagem e a possibilidade de concurso para ingresso em cursos de pós-graduação. A grande desvantagem desse novo currículo foi retirar a disciplina de Saúde Pública, limitando a formação à assistência curativa, hospitalocêntrica. Em 1967 o Brasil ratificou o Plano Decenal de Saúde por ocasião da IV Conferência Nacional de Saúde que tratava dos Recursos Humanos para as atividades de saúde (GERMANO, 1985; GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Com a Reforma Universitária em 1968, foi reintroduzida a disciplina de Saúde Pública ao currículo de Enfermagem, resultado de uma crescente preocupação com a formação dos trabalhadores da saúde que pudessem contribuir com a mudança nas bases organizativas do Sistema de Saúde e a expansão das ações preventivas de saúde (COSTA, 2006).

A formação profissional do Enfermeiro se ajustava então ao “modelo sanitário-campanhista” e em atenção aos interesses mercantilistas. Com a emergência dos planos privados e a medicina de grupos, emergiu também as instituições hospitalares como prestadores de serviços médicos; abriu-se o campo

para a assistência à saúde e houve um incremento na demanda por mão de obra e por formação desses trabalhadores da saúde (CARVALHO; 1976; COSTA, 2006).

com o avanço da industrialização e incremento das tecnologias bem como a expansão dos serviços de saúde para atender à crescente demanda por parte da população e que elevou os gastos com saúde e aumento na contratação de trabalhadores de saúde, cresceu a preocupação com a formação da Enfermagem, gerando nova revisão do currículo mínimo e em 1972 foi emitido um parecer do CFE, nº 11163/72 que criou as habilitações em Enfermagem em Saúde Pública, Médico-Cirúrgico e Obstetrícia (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Essa subdivisão em especialidades assistenciais visava a atender às demandas do mercado e da evolução científica que precisava cada vez mais de formação de mão de obra especializada e resultou num incremento da contratação de prestadores de serviços privados de saúde que por sua vez barateou a mão de obra, fazendo crescer a evasão de profissionais altamente qualificados em busca de melhores oportunidades de trabalho e empregos seguros, comprometendo a qualidade da assistência e o acesso a bens e serviços de saúde à população em geral e à classe trabalhadora (GERMANO; 1985; VIEIRA, 2007).

No final dos anos 70 tanto a Enfermagem como outros segmentos da sociedade começaram a questionar as práticas de saúde e a falta de políticas em benefício da população; no início dos anos 80 houve forte mobilização de trabalhadores e entidades representativas dos segmentos sociais que culminou em 1986 com a Reforma do setor saúde e aprovação do Sistema Único de Saúde. Neste mesmo ano é publicada a Lei nº 7.498 de 1986, conhecida como Lei do Exercício da Enfermagem, que define as competências da profissão de Enfermagem (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Com a Reforma Sanitária subsequente aos debates e lutas que culminou na criação do SUS, os Especialistas de Enfermagem juntamente com as Escolas de Enfermagem, a Secretaria de Educação Superior e o Ministério da Educação e Cultura (MEC), passaram a discutir em 1989 a nova reforma do Currículo Mínimo de Enfermagem que atendessem as necessidades de saúde num contexto diversificado das condições de saúde das populações no país. Como resultado, em 1991 foi elaborado uma proposta de formação baseada no perfil sanitário e epidemiológico e que atendessem as reivindicações do SUS, de uma atenção integrada e reflexiva sobre

as práticas profissionais e articulada entre ensino, serviço e o controle social (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Assim, em setembro de 1995, com a edição da Lei nº 2.604, foi regulamentado o Exercício da Enfermagem profissional. Nos anos 2000, através das Normas Operacionais de Assistência à Saúde, NOAS, ocorreu um rearranjo da atenção à saúde dando nova conformação ao Sistema através das Redes de atenção e uma preocupação com a qualificação dos trabalhadores e com sua distribuição desigual nos municípios, o que acarretava excesso de profissionais em alguns lugares e falta em outros (ANDRADE; SANTOS, 2011).

Um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (2002) traz a relevância dos profissionais de Enfermagem e parteiras para o alcance das metas do milênio, atuando como suporte nos sistemas de saúde e no desenvolvimento de estratégias que funcionassem como intervenções-chave no controle, prevenção e recuperação da saúde das populações. Ressalta ainda que esses profissionais formam o maior contingente da força de trabalho em cuidados de saúde inserido nos mais diversos serviços de saúde e desempenham os mais variados papéis, funções e responsabilidades. É predominantemente constituído por mulheres e situado em todas as regiões do país, onde constituem, em algumas localidades, os únicos profissionais de saúde atuando nas distintas atividades (BRASIL, 2008; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Com a evolução das mudanças socioeconômicas, promovidas pela globalização e as inovações tecnológicas, notadamente nos sistemas produtivos da saúde, ocorre uma reestruturação produtiva também no cuidado e assistência à saúde, impondo a necessidade de aquisição de novos saberes e de atualização constante. Ao passo que os Enfermeiros desenvolvem sua formação e assumem mais atribuições administrativas, assumem também a responsabilidade de treinar os auxiliares e técnicos de Enfermagem que fazem o trabalho manual. Esta divisão social do trabalho, característica do mercado capitalista, acirra os conflitos entre esses profissionais e os demais trabalhadores da saúde (COSTA, 2006; MACHADO, 2012).

Pensar na Enfermagem enquanto profissão requer pensar os meios para o enfrentamento das questões que permeiam as relações de trabalho da equipe de Enfermagem assim como a superação das dificuldades e limitações da formação profissional. As condições precárias e muitas vezes inadequadas, como excesso de horas trabalhadas, baixos salários, desigualdade de gênero, vínculos precários e

outros, estimulam a migração em busca de melhores condições de vida e de trabalho (MACHADO, 2012).

O reconhecimento do papel do Enfermeiro na provisão do cuidado de saúde e que este cuidado/trabalho requer constante aprimoramento para a construção do “saber Ser” que o qualifique, alia-se à compreensão do trabalho como princípio educativo, necessário ao Enfermeiro para que possa oferecer um cuidado competente e com qualidade, através da Educação Permanente em Saúde no trabalho, para o trabalho e com o trabalho (MACHADO, 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Desde a antiguidade, o cuidar e tomar conta se confunde com o cuidado materno, cuidado com os idosos e outros em necessidades. A mulher, mãe, tinha a responsabilidade de cuidar da prole e da família, cuidado esse que levou à associação das práticas de cuidado em saúde ao trabalho feminino. A enfermagem como profissão, vem evoluindo e se destacando na sociedade moderna em resultado do processo civilizatório e do desenvolvimento científico (COSTA, 2009; MACHADO, 2012).

Embora o conhecimento científico tenha sido retomado na idade média e tenha propiciado o desenvolvimento de algumas profissões como a Medicina, a Enfermagem não acompanhou essa evolução. A Enfermagem começou a ganhar destaque no início do século XIX, com o avanço do Iluminismo⁹, que exaltava a razão e a ciência e questionava o poder da fé e da religião (COSTA, 2009; MACHADO, 2012).

Esse paradigma cientificista que buscava superar a tradição medieval de concepção mágico religiosa traz destaque à figura de Florence Nightingale que sistematizou o atendimento ao doente e instituiu a Enfermagem como uma nova arte e uma nova ciência, organizada em bases científicas que precisava fazer parte da educação formal dos trabalhadores (COSTA, 2009; MACHADO, 2012).

Florence modernizou o cuidado e a profissão de Enfermagem ao introduzir os princípios de sistematização da prática, os fundamentos e princípios técnicos, a ética e a educação pelo Enfermeiro. Integrante das profissões de saúde, a Enfermagem vem sendo influenciada pelas mudanças políticas, econômicas e sociais; a reforma do Sistema de Saúde acompanhada pela reforma na Educação trouxe relevância para a Enfermagem e novos paradigmas ao cuidado (COSTA, 2009; MACHADO, 2012).

⁹ Movimento intelectual surgido no século XVIII buscava a Razão capaz de responder às questões humanas (MELLO; DONATO, 2011).

A reforma da Educação promoveu avanços no currículo da Enfermagem; conferiu ao Enfermeiro um título profissional que o reconhece como cientificamente habilitado e tecnicamente competente para a prestação de cuidados de Enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, seja na prevenção, promoção ou reabilitação da saúde bem como tomada de decisões, liderança e comunicação, administração e educação permanente (BRASIL, 2001; COSTA, 2009; MACHADO, 2012).

Nesse novo modelo curricular a Enfermagem pode ser definida como:

“uma das profissões da área da saúde cuja essência e a especificidade são o cuidado ao ser humano [...] desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes” (ALMEIDA, 2000, p. 97).

É também considerada Ciência e Arte de cuidar; **Ciência** por ser constituída por um conjunto de conhecimentos específicos que direcionam sua prática, fundamentada na racionalidade e tecnologias que dominam a “esfera produtiva” (MANTOVANI, 2008). Por se dedicar a recuperar a saúde através de habilidades e atitudes e a busca da compreensão do indivíduo e suas necessidades, é considerada **arte**, arte do cuidado que gera acolhimento e responsabilização e cuidado pelo outro (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

O cuidado, em Enfermagem, constitui seu objeto de trabalho. Segundo Almeida e Rocha (1996), o cuidado assume formas diferenciadas de acordo com a Cultura, o contexto, o gênero, a religião. A evolução tecnológica também influencia e modifica o cuidado em Enfermagem. Para Boff (1999, p. 91), o cuidado significa “desvelo solicitude, diligência [...] diante de uma atitude fundamental [...] mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro”. Envolve ações e atitudes que contribuem para a promoção, recuperação e reabilitação das condições de saúde das populações e podem ser individuais ou coletivos (WALDOW, 1998).

Hoje, o Enfermeiro precisa refletir sobre sua prática, seu processo de trabalho, de modo que possa acompanhar as mudanças e transformações políticas, sociais e econômicas que vem ocorrendo no mundo e no mercado de trabalho. A formação e qualificação da Enfermagem devem ir além das dimensões de aprender a aprender, aprender a fazer; aprender a ser e aprender a conviver; tem a ver com o papel social e político do indivíduo e do seu trabalho em saúde (ALMEIDA; ROCHA, 1996; WALDOW, 1998).

O processo de trabalho da Enfermagem é ainda fragmentado e subdividido, gerando confusão de papéis e falta de reconhecimento social da Enfermagem

enquanto profissão. O Enfermeiro divide seu trabalho com Auxiliares e Técnicos de Enfermagem; estes exercendo seu trabalho diretamente com o indivíduo/família, enquanto aqueles detêm o conhecimento científico, mas desempenham funções burocráticas com reduzido poder de decisões na equipe de Enfermagem bem como atua num papel de subordinação às ordens médicas (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011).

Nos Serviços de Saúde a prática e o cuidado de Enfermagem ainda reproduzem o modelo de atenção individualizado, hospitalocêntrico e verticalizado; a racionalização taylorista da era industrial ainda permeia o trabalho de Enfermagem, com mão de obra treinada para executar tarefas específicas e designadas, o que limita e prejudica o desenvolvimento das habilidades por não contribuir para a visualização do todo (CHIAVENATO, 2011).

O processo de educação na saúde busca promover uma prática crítica, reflexiva, criativa e libertadora, capaz de transformar, tanto do ponto de vista individual como coletivo, os trabalhadores de saúde; é um processo de aquisição sistemática do conhecimento visando à formação do indivíduo para atuar no cuidado da saúde. Uma das responsabilidades do SUS é a ordenação da formação de Recursos Humanos ou a formação de profissionais de saúde que atendam a essas necessidades de saúde da população (STROSCHEIN; ZOCHE, 2012).

No mundo, segundo Dal Poz (2017), até 2030, os serviços de cobertura de saúde universal e para o cumprimento de metas de saúde, precisará construir cerca de 420 mil novos estabelecimentos de saúde e um acréscimo de 23 milhões de profissionais de saúde. Todo este contingente de profissionais precisará ser formado e desenvolvido para dar respostas adequadas às necessidades de saúde. Dal Poz refere ainda que será de suma importância pensar nas capacidades institucionais, técnicas e científicas das Instituições formadoras para o atendimento às necessidades de saúde cada vez mais complexas da população.

Para o Enfermeiro, a qualificação é essencial para desenvolver um cuidado de saúde efetivo e é da sua responsabilidade legal, “*saber, conhecer e prever*” possíveis falhas e inconsistências nos processos de trabalho do corpo de Enfermagem e corrigir, de modo a prestar um cuidado de qualidade à beira do leito. Este cuidado, definido por Merhy (2002) como “trabalho vivo em ato” onde o trabalho e o produto ocupam o mesmo espaço/tempo de produção/consumo, é um trabalho coletivo, intangível, que

se dá numa relação direta, interativa, com pacientes, familiares e profissionais de saúde (COFEN, 2017; DILLY; JESUS 1995; PUZIN, 1996).

Baseada no pensamento libertador e transformador de Freire (2016), a EPS como práxis social, mostra ser fundamental para as transformações entre seus trabalhadores, entre seus gestores e destes se dissemine e descentralize, valorizando o trabalhador. Valorizar o trabalhador da saúde e garantir que ele seja sujeito de direitos e cidadão envolve uma reflexão crítica sobre a participação deste na sua formação. O papel da Educação Permanente é despertar o potencial de cada trabalhador, incentivando-o a refletir sobre as realidades e transformá-las, pois, segundo Freire, todos são alunos/mestres e mestres/alunos.

Rezende (1988) refere que não existem fórmulas para educar; o educador precisa ser sensível, sem conceitos ou preconceitos, não traga respostas prontas, mas esteja aberto ao diálogo, à partilha de conhecimentos. Para Freire (2016), educar supõe liberdade, centra-se na igualdade libertadora e humanista, dialógica e participativa, visando à mudança, permanentemente. Os enfermeiros estão inseridos em diferentes campos de atuação na saúde: Na assistência, no planejamento, na gerencia e avaliação de Serviços, e isto possibilita a capilarização da qualificação através da EPS, contribuindo para o fortalecimento do SUS (FREIRE, 1994, 2016; MERHY, 2002).

Na perspectiva de educar como fator de desenvolvimento pessoal e coletivo e como função libertadora da Enfermagem, que amplia sua consciência enquanto sujeito e ator, tem sido uma das preocupações ante a dificuldade que esses profissionais apresentam em analisar suas próprias práticas rotinizadas e fragmentadas. A prática da assistência e a prática educativa estão entrelaçadas na prática profissional da Enfermagem uma vez que o processo educativo permeia e perpassa a assistência e significa mais do que apenas transmitir conhecimentos; estabelece-se uma relação de implicação ou de envolvimento/entrelaçamento entre Enfermeiro/Educador e o educando, seja este paciente/cliente/família/comunidade ou profissional de saúde (LEONELLO; OLIVEIRA, 2008; MICHEL, 2010).

Os profissionais de Enfermagem, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, formam a maior parte dos profissionais de saúde, espalhados nas diferentes instituições de saúde; são os que mais tempo permanecem em contato com outros trabalhadores de saúde e com aqueles que buscam cuidados de saúde, momentos que se constituem em excelentes oportunidades para as práticas

educativas em Enfermagem. Estes grupos constituem-se sujeitos de ensino/aprendizagem, num ambiente/serviço/escola onde todos convivem e aprendem (LEONELLO; OLIVEIRA, 2008; MICHEL, 2010).

Na interação com o outro nos espaços de trabalho, o Enfermeiro educador dispõe de um lócus privilegiado para criar a oportunidade de partilhar saberes e conhecimentos ao estabelecer uma relação de confiança através do diálogo e do respeito às diferenças; é essencial para que se transforme a realidade do mundo do trabalho e promova uma reflexão crítica, a partir de uma Educação problematizadora e libertadora, ao constituir-se em meio de valorização dos sujeitos individuais e coletivos (MICHEL, 2010).

É importante entender que não basta ter os conhecimentos científicos para ser educador; a evidência da capacidade docente se reflete na intencionalidade de rever práticas, no questionamento da própria prática nos espaços de trabalho refletida nas atitudes que conduz a uma reconstrução dos saberes, de incitar no outro a dúvida, a criatividade e o aprofundamento do saber para fazer sabendo e o saber fazendo (LIBANEO, 2001; LOURENÇO; FONSECA, 2012).

Para Libaneo (2001) o trabalho produtivo favorece o desenvolvimento das habilidades educativas e fortalece sua prática, ao construir os conhecimentos e fortalecer as atitudes e convicções necessárias à identificação com a profissão; segundo ele, deveria fazer parte dos currículos e das práticas nas Instituições de formação inicial para que o educador se fortalecesse no contexto da prática profissional.

A conjugação entre ação educativa e trabalho produtivo condiciona a auto formação na medida em que o educador busca respostas para os questionamentos que surgem em serviço e reelabora sua aprendizagem quando em confronto com suas práticas e vivências no mundo do trabalho, uma vez que seu papel como educador não está desvinculado do exercício profissional (LOURENÇO; FONSECA, 2012).

A atividade educativa do Enfermeiro tem origem no modelo proposto e seguido por Florence Nightingale no Século XIX, quando iniciou o treinamento de Enfermeiros e determinou que o ensino e treinamento dos mesmos fossem promovidos por outros Enfermeiros, numa estreita relação entre hospitais e as escolas de Enfermagem e que esse ensino deveria ser tão importante quanto qualquer outro ensino. Corroborando a importância do ensino e treinamento por parte dos Enfermeiros, a OPAS descreve dentre suas funções, atuar como educador de dois grupos: o indivíduo, família e

comunidade e o pessoal de Enfermagem, o que significa que ser educador é repensar suas ações e relações com colegas de trabalho, no cotidiano dos serviços, buscando novas posturas, novas respostas aos problemas complexos e desafios desse cotidiano; exige a integração entre a técnica e os diversos saberes de forma consciente e reflexiva (LE BOTERF, 2005; LOURENÇO; FONSECA, 2012).

Um dos serviços que se constituem em espaços privilegiados de produção de conhecimentos é o hospital, organização de saúde que possui um contexto complexo, onde os sujeitos nele inseridos podem desenvolver atitudes e valores, mudar suas crenças e conceitos e aperfeiçoar seu desempenho de funções; para tal, é importante ajuda qualificada para obter autonomia e o espírito crítico no enfrentamento dos problemas de saúde e de trabalho nesse espaço (MANZO *et al.*, 2012; MERHY, 2002).

Nesse espaço privilegiado, o Enfermeiro passa a ser um profissional também da educação em sentido amplo porque, embora não tenha formação pedagógica ou curso de licenciatura, está habilitado como profissional e tem o conjunto de experiências formativas ao longo da vida profissional e sua prática educativa se dá no próprio trabalho. Assim, é função do Enfermeiro ser educador, promover aprendizagens significativas diante de situações complexas, articuladas com concepções e práticas inovadoras e na construção do conhecimento coletivo que supere a fragmentação e a compartimentalização do cuidado ((DILLY; JESUS 1995; PUZIN, 1996; LE BOTERF, 2005).

Tem se constituído um desafio para o Enfermeiro desenvolver ações educativas que promovam a transformação das práticas de saúde; faz-se necessário que se reconheça como agente de mudança e que suas práticas educativas são a chave para essa transformação. Para Le Boterf (2005), o Enfermeiro Educador, inserido no contexto organizacional e membro de uma profissão complexa, deve saber mobilizar e combinar saberes múltiplos no contexto profissional, pois ocupa uma posição social e ocupacional de relações de produção e de processo de trabalho e está comprometido com o processo de aprendizagem profissional que conduza ao desenvolvimento de uma competência coletiva (ENGUITA, 1991; LE BOTERF, 2005; MOSCOVICI, 2000).

Para Enguita (1991), capacitar não é profissionalizar¹⁰; mas permite a tomada de consciência de uma práxis própria da profissão que impede a proletarização do profissional e que este seja apenas um repetidor mecânico de conhecimentos. A função educadora do Enfermeiro está sempre conduzindo a novas reformulações, a estar aberto a novas observações e questionamentos, enriquecendo o agir profissional por acrescentar e incorporar novos domínios e capacidades técnicas além de ampliar as relações interpessoais e de trabalho

O Enfermeiro Educador, membro de um grupo psicossocial e profissional, é capacitado em sua prática docente no contexto do trabalho, nas relações estabelecidas entre os atores sociais e no reconhecimento das competências conferido por esses mesmos atores, que, na concepção de Moscovici (2000), é reconhecido como líder, àquele que sabe e domina o seu 'fazer'; Marx (1996), na sua terceira tese sobre Feuerbach, reconhece que o educador também precisa ele próprio ser educado, estar em constante processo de auto formação (LE BOTERF, 2005).

Como toda profissão, a de professor institui-se e é instituída nas relações sociais; essas pessoas são capazes de ensinar as razões pelas quais se faz dessa ou daquela maneira, são as mais hábeis por conhecerem, por terem a ciência de seu fazer, o que permite que ensinem. Segundo o Dicionário Aurélio, o termo professor deriva do latim '*professor. oris*', aquele que professa ou ensina uma ciência, uma arte, um saber, um conhecimento. A capacidade de professar a arte e a ciência da Enfermagem é adquirida nos espaços de trabalho e é legitimada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais que dispõe sobre a formação dos profissionais de saúde (DILLY; JESUS, 1995; DUBAR, 1991; HOLANDA, 2002; LE BOTERF, 2005).

Ao abordar a formação pedagógica dos profissionais de saúde, Mohr (2011 p. 55) afirma que: "O profissional de saúde é um educador, embora nem sempre esteja consciente disso", pois exerce ações informais de educação como inerentes à sua atividade profissional e tem sob sua responsabilidade a formação de futuros profissionais. O Enfermeiro educador profissionaliza-se pela prática cotidiana e molda-se no continuum dos atos educativos que conferem criatividade e inovação aos processos de trabalho e enriquece as relações dentro das organizações.

¹⁰ Antônio Nóvoa (1992) refere que a profissionalização "é um processo através do qual os trabalhadores melhoram seu estatuto, elevam seus rendimentos e aumentam seu poder de autonomia".

Como em qualquer profissão, a de professores obtém seu poder dos recursos relacionais, culturais, cognitivos de seus membros e da relativa autonomia no exercício de suas funções, pelo que são reconhecidos como profissionais. Para Dilly e Jesus (1995), o Enfermeiro é um educador, visto que não dá para dissociar seu cuidado de saúde das atividades educativas; por meio de suas atividades, num processo dinâmico e interativo, potencializa a aprendizagem significativa, com o objetivo de alcançar o desenvolvimento mútuo das competências pessoais e profissionais (DILLY; JESUS, 1995; GAUTHIER, 2004).

Historicamente, as práticas educativas nas instituições de saúde se desenvolvem como práticas institucionalizadas, de transmissão de conhecimentos verticalizados, e fortemente vinculadas a um modelo de atenção à saúde individualizado e centrado na doença e nas ações fragmentadas para atender às demandas de cuidado e complementares aos atos. O cuidado individualizado, centrado na doença e não no doente, leva à práticas educativas muitas vezes informais e ocasionais, não satisfazendo o princípio da 'integralidade da atenção', onde os sujeitos do cuidado são seres humanos inteiros e autônomos, 'síntese de múltiplas relações' (DILLY; JESUS, 1995; GAUTHIER, 2004; MOHR, 2011).

Adequar a formação permanente da Enfermagem e do Enfermeiro educador para atuar nos serviços de saúde requer vencer alguns desafios macro e micro sistêmicos, de modo que se possa favorecer a descentralização das ações de educação permanente planejadas, de modo a olhar o ser humano por inteiro, ou seja, olhar suas múltiplas relações, biológicas e sociais, éticas e estéticas, uma vez que é por meio dessas relações que se dá a satisfação ou não de suas necessidades (DILLY; JESUS, 1995; PERNAMBUCO, 2016).

Os Serviços de Saúde, considerados instituições profissionais complexas, exercem importante papel no contexto da saúde pública brasileira; são considerados importantes equipamentos para fortalecimento e instrumento para defesa dos princípios e diretrizes do SUS. São campos disseminadores de novas tecnologias que influenciam a gestão e organização do trabalho, mas também se colocam como amplo campo de disputas e desafios para e entre grupos profissionais em seu interior (MATOS; PIRES, 2006).

A saúde pública brasileira conta com uma rede de instituições conhecidas como estabelecimentos de saúde, que, de acordo com Salu (2013), seguem uma hierarquização: Serviços de Atenção Primária, aqueles que desenvolvem ações de

prevenção e promoção da saúde, como postos e centros de saúde; os Serviços de Atenção Secundária, que prestam serviços mais complexos e que não envolvam condições agudas e são classificados como clínicas e ambulatórios; e os de Atenção terciária, cujos serviços exigem competências técnicas e operacionais na execução de procedimentos de alta complexidade que ocorrem nos hospitais gerais ou especializados.

Os Hospitais atuam como um centro de serviços, disponibilizando recursos materiais, físicos, tecnológicos e humanos; desenvolvem outras atividades além do cuidado de saúde: Buscam recuperar a força de trabalho e devolve-la ao mercado; coordenam ações e resultados a fim de obter sucesso e se comporta como uma empresa ao atender os interesses do complexo industrial da saúde. Os hospitais gerais ou especializados oferecem leitos para internação e estão providos de equipamentos, materiais e pessoal para prestar assistência e cuidados permanentes aos pacientes internados; também oferecem exames e procedimentos necessários ao tratamento e reabilitação destes pacientes (FORGIA; COUTTOLENC, 2009; SALU, 2013; VECINA NETO; MALIK, 2011).

Nesses Serviços de Saúde o poder decisório se encontra na ponta, nas áreas assistenciais, principalmente entre médicos e Enfermeiros, com seus conhecimentos e saberes próprios, exercidos e executados no enfrentamento diário das necessidades de saúde da população. Os profissionais médicos atuam com grande autonomia, seguindo uma lógica corporativa própria, indiferentes às mudanças de gestão e de organização do trabalho. A Enfermagem se constitui um corpo profissional fechado, também com elevado grau de autonomia, possuindo internamente uma linha de mando formalizada e legitimada por seus pares, sobre técnicos e Auxiliares de Enfermagem, exercendo um importante papel nestas instituições e representam 58,9% da força de trabalho (MACHADO, 2015; MATOS; PIRES, 2006).

Estas duas categorias profissionais, cada uma com seus conhecimentos e atuação, enfrentam intensas correlações de força e vivencia cotidianamente uma série de conflitos e desafios na disputa pelo projeto assistencial e busca de equilíbrio na distribuição das cargas de trabalho (MACHADO, 2015; MATOS; PIRES, 2006).

Entender a importância do processo educativo nos espaços de trabalho como meio de crescimento individual e coletivo e com o objetivo de desenvolver um projeto de intervenção que possa contribuir com os trabalhadores de Enfermagem na condução da prática educativa no hospital. Para que possamos identificar a prática da

educação permanente dentro do hospital, pelos enfermeiros, apresentamos os instrumentos e técnicas que possibilitaram sua execução e o caminho traçado para alcançar esse entendimento está descrito no percurso metodológico.

3 PERCURSOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de Estudo

Procurando descrever o caminho metodológico da pesquisa, apresento-a como um estudo de caso único, que, segundo Yin (2005), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que permite estudar fenômenos contemporâneos no contexto real de vida, se prestando a “explorar situações em que intervenções determinadas não trouxeram resultados previstos” (YIN, 2005, p.165).

É um estudo qualitativo, de caráter descritivo e analítico por triangulação de métodos. O Estudo de caso qualitativo aplica-se bem aos estudos de serviços de saúde porque, segundo Pope e Mays (2009), estes lidam com pessoas que no geral, são mais complexas e busca compreender o indivíduo no seu meio; busca entender um fenômeno social, contemporâneo e sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle e segundo Yin (2001), é uma estratégia de pesquisa social que permite realizar uma análise e comparações entre enfoques específicos, captando as circunstâncias e as condições do caso.

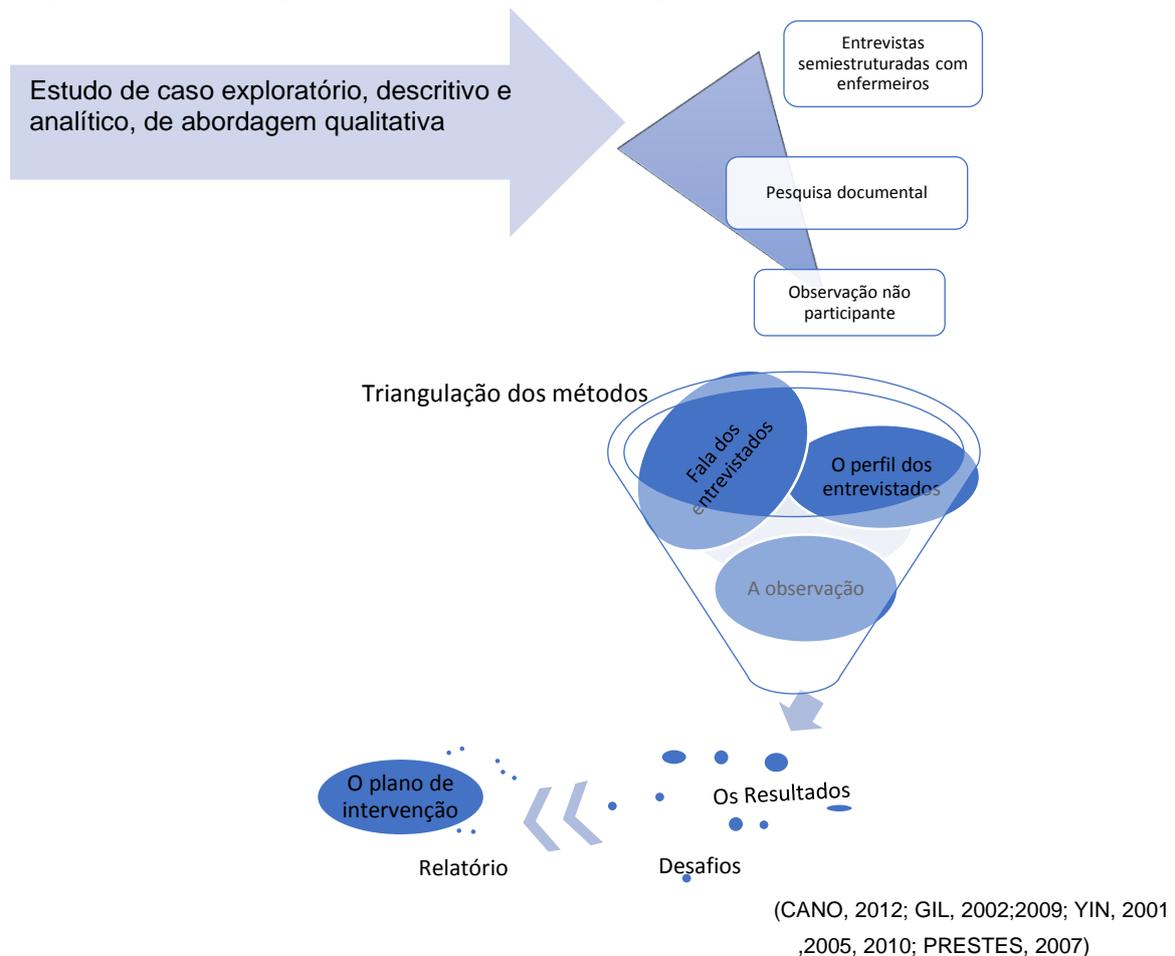
A escolha do método qualitativo neste estudo é que, segundo Minayo (2008, p. 57), permite “analisar as relações, histórias, representações, pontos de vista e a lógica interna dos sujeitos em ação” condições estas não quantificáveis. Por estudar uma unidade como fenômeno social, contemporâneo, no seu contexto natural, é definido como estudo de caso único e neste contexto, busca encontrar respostas, mesmo que parciais sobre a prática de Educação Permanente em Saúde por enfermeiros educadores e os desafios a esta prática no hospital Agamenon Magalhães (YIN, 2010).

Para Silva, é importante a observação direta que o estudo de caso propicia (2001 p.20): “O ambiente natural é a fonte direta para a coleta de dados e o pesquisador é o instrumento chave. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem”.

É um estudo exploratório porque possibilita entender um determinado problema por explorá-lo através de levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e a análise de exemplos que estimulem a sua compreensão; visa maior familiaridade com esse problema para torná-lo explícito ou construir pressupostos.

É descritivo porque parte dos registros das observações e levantamentos realizados para analisar, classificar e interpretar os dados relacionados às características de determinada população ou fenômeno (Gil, 2002; PRESTES, 2007). A figura 1 resume esquematicamente o percurso metodológico do estudo:

Figura 1- Esquema figurativo dos recursos metodológicos



Fonte: A autora, 2019

Justifica a utilização destes métodos e técnicas a compreensão da participação dos atores no processo educativo da equipe de enfermagem do hospital e identificar seus desafios à prática desse processo bem como refletir sobre os principais mecanismos para a execução de ações/estratégias de Educação Permanente em Saúde no hospital (GIL, 2002; PRESTES, 2007).

3.2 Lócus do estudo

O local do estudo foi o hospital Agamenon Magalhães (HAM), que é considerado uma Unidade Hospitalar de referência e suporte ao Sistema Único de Saúde – SUS e compõe a rede pública do Estado de Pernambuco. É inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o nº 000418 e mobiliza recursos materiais, humanos e tecnológicos para atender seus objetivos de atenção à saúde pública e em minimizar os problemas e conflitos entre suas equipes multiprofissionais (PERNAMBUCO, 2010, 2016).

Como parte da rede estadual de atenção à saúde, o HAM tem importância fundamental para a coletividade na medida em que atende os indivíduos desde o nascimento, adoecimento e morte. Sua importância enquanto organização social são pelo cuidado prestado com o objetivo de restabelecer o equilíbrio orgânico dos indivíduos, um cuidado baseado num saber fazer fundamentado e científico e servir de espaço de difusão de valores culturais, de ensino e aprendizagem para trabalhadores e população (PERNAMBUCO, 2010, 2016).

É parte dos hospitais contratualizados com o Ministério da Educação (ME) como Hospital de Ensino (HE), equiparando-se aos hospitais universitários do país, que, segundo Guimarães (2004), formam um grupo de hospitais heterogêneos, composto por hospitais federais, estaduais, municipais e os privados e filantrópicos (PUZIN, 1996). Puzin (1996), refere que um HE é um centro de atenção especializada, de alta complexidade, fortemente comprometido com o ensino, a pesquisa e a inovação e o HAM, enquanto hospital de ensino, público, estadual, pessoa jurídica de direito público, também está comprometido com a assistência à saúde da população ao servir de campo de prática das atividades de ensino e pesquisa.

Inicialmente fundado como uma entidade privada denominada Casa de saúde São João, em 1948, se destacava por ser reconhecida pelo alto padrão assistencial à população; foi pioneira no atendimento domiciliar e no uso de técnicas modernas de transfusão sanguínea. Parte do seu corpo de Enfermagem foi trazida da Europa, pois eram poucos os profissionais com curso superior; havia também parteiras capacitadas pela Faculdade de Medicina do Recife (PERNAMBUCO, 2010, 2016).

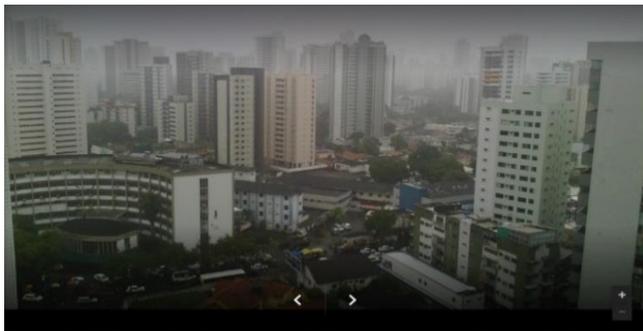
Esta Casa de Saúde possuía 66 quartos e um apartamento de luxo, distribuídos em dois pavilhões e quatro pavimentos, para acomodação dos pacientes; o terreno onde estava instalado media 14.000m² de área útil. Em 1953 foi adquirido pelo

Instituto de Aposentadorias e Pensões dos industriários, (IAPI) e após algumas reformas, reinaugurou como Hospital Agamenon Magalhães (Anexos C e D). Em 1967, após a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), o hospital passou a pertencer a esse Instituto.

Em 1974 o INPS foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), responsável pela Previdência Social e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pela assistência à saúde da população trabalhadora e contribuinte; o INAMPS então empreendeu a construção e ampliação de unidades hospitalares e a contratualização de serviços privados e o HAM passou a fazer parte do seu acervo e teve ampliada sua área construída em mais um bloco de sete pavimentos. Hoje se constitui de 5 blocos construídos (e um sexto bloco em construção) para abrigar os vários serviços do hospital (PERNAMBUCO, 2010; 2016).

Com a Reforma do Sistema de Saúde, o Hospital foi cedido ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em agosto de 1990 (Anexo 5) e desde então está sob administração da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES).

Figura 2 - Imagem aérea do hospital Agamenon Magalhães



Fonte: Souza (2017)

O HAM Tornou-se Unidade gestora no Exercício de 2010, através da Portaria SES/PE nº 083/2010 visando maior transparência à execução orçamentária e financeira, adquirindo autonomia para realizar compras e licitações e na execução de suas despesas (PERNAMBUCO, 2010, 2016).

Em 2011 teve sua capacidade de atenção ampliada com a criação do Serviço de Apoio a Mulher vítima de violência Wilma Lessa. Em 2015 implantou a Unidade de dor torácica; também iniciou suas atividades como Núcleo de Economia da Saúde

(NES), sob a coordenação do NES-SES/PE e todo o processo de implantação contou com o apoio da Direção Geral e das Superintendências (PERNAMBUCO, 2010, 2016).

Hoje, o HAM é classificado como hospital geral da esfera administrativa e gestão estadual; é considerado um hospital de grande porte, com mais de 400 leitos para a população geral. Possui leitos de UTI Geral, UTI Cardiológica e neonatal; também é referência estadual para gestação de alto risco, cardiologia, endocrinologia, urgências e emergências clínicas e cardiológicas, obstétricas e otorrinolaringológicas, desenvolvendo alguns projetos de melhorias em parceria com outros hospitais (PERNAMBUCO, 2010, 2016).

Sua **missão** é “Prestar assistência de qualidade aos pacientes do SUS, respeitando o perfil de atuação na Rede Pública de Saúde” bem como defender os princípios norteadores do SUS; busca a excelência do cuidado e da atenção à saúde, gratuita e de qualidade, através de uma gestão sustentável com autonomia e compromisso social (PERNAMBUCO, 2010, 2016).

Sua **visão** é “ser Instituição de referência e excelência para a assistência à saúde no Estado de Pernambuco com ênfase na assistência materno-infantil, doenças cardio-metabólicas e otorrinolaringológicas da alta complexidade” e cujos **valores** se baseiam na Humanização da assistência, integralidade do cuidado, assistência com qualidade e segurança, transparência da gestão, responsabilidade com os clientes internos e externos e o compromisso com a formação profissional (PERNAMBUCO, 2010, 2016).

Promover a integração ensino, serviço, ciência e tecnologias no interior dos Serviços de saúde do porte do HAM tem se mostrado um grande desafio para os gestores e gerentes. E esta Unidade hospitalar multidisciplinar e com foco no ensino/assistência, atende cerca de cinco mil pacientes/mês, alcançando uma cifra de mais de 18 mil internações/ano; realiza cerca de 6.677 partos /ano. A população atendida é não só da capital. Mas também de outras regiões do estado e outros estados do Nordeste. No Ambulatório o atendimento é multiprofissional, onde são efetuadas aproximadamente 10 mil consultas/mês, distribuídos em várias especialidades médicas (PERNAMBUCO, 2010, 2016).

Para atender todos estes que o procuram, existe uma equipe de profissionais de saúde assim distribuídos:

Quadro 2- Profissionais de saúde do HAM

Nível Superior	Nº	Nível Médio	Nº
Médicos	500	Técnicos de Enfermagem	603
Enfermeiros	211	Auxiliares de Enfermagem	385
Nutricionistas	29	Técnicos de Laboratório	64
Fisioterapeutas	88	Técnicos em Radiologia	22
Psicólogos	23		
Farmacêuticos	19		
Terapeutas Ocupacionais	29		
Fonoaudiólogos	9		
Assistentes Sociais	27		
Total	935		1074

Fonte: A autora a partir dos Dados/HAM, 2018.

Além destes, há também trabalhadores das áreas administrativas, limpeza, vigilância, manutenção e informática.

3.3 A coleta de dados

A coleta dos dados se deu através de entrevistas semiestruturadas e guiadas por dois roteiros, um para os enfermeiros gerentes e o outro para os enfermeiros assistenciais e complementados por com perguntas adicionais (apêndices A e B). outro meio de coleta, a observação sistemática ou não participante e a pesquisa em documentos do Núcleo de EPS. Esta coleta ocorreu no HAM, nos meses de agosto a dezembro de 2018 devido a problemas de agenda com os Enfermeiros selecionados.

3.4 Abordagem qualitativa

A escolha pela abordagem qualitativa se deu em função de buscar captar os pontos de vista e o pensamento dos sujeitos em ação, ou seja, como eles encaram a Educação enquanto estratégia de melhoria da assistência e as questões relacionadas. É uma abordagem considerada holística, por se preocupar com o indivíduo e sua subjetividade, seu ambiente, aspirações, crenças, motivos, valores e atitudes (MINAYO,2010, P. 21).

3.4.1 Instrumentos de coleta e procedimentos de produção de dados

Para esta abordagem foi escolhida a **entrevista semiestruturada** que é uma técnica de coleta de informações baseadas em perguntas relacionadas ao objeto investigado e que segue um roteiro flexível, possibilitando aos sujeitos relativa liberdade de expressão sobre um tema proposto cujos resultados podem ser enriquecidos com outras técnicas de investigação e a análise. (GIL, 2009).

Segundo Marconi e Lakatos (2002, p. 92), a entrevista propicia o “encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto [...]”, permitindo a coleta de dados que subsidiou a pesquisa. A entrevista semiestruturada “combina perguntas fechadas e abertas em que o entrevistador tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” de acordo com o andamento da pesquisa (MINAYO, 2010, p. 64).

Visando a fidelidade das informações, as entrevistas foram gravadas em aparelho digital mediante esclarecimento prévio do teor das entrevistas e da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As considerações éticas foram respeitadas e tomadas concernentes ao anonimato dos enfermeiros entrevistados, sendo estes identificados pela letra E de enfermeiros seguido pelo nº de ordem das entrevistas.

Os roteiros das entrevistas (Apêndices A e B) serviram de orientação e buscou-se contemplar perguntas relacionadas às características pessoais e profissionais, tempo de formação acadêmica e de trabalho e o entendimento sobre educação permanente realizada no serviço, as atividades desempenhadas no setor, as dificuldades, desafios e barreiras encontradas para as ações educativas, quais competências acham necessárias para desenvolver atividades de ensino e aprendizagem e das atividades desempenhadas nos setores de trabalho bem como que ações educacionais eram realizadas visando ao desenvolvimento das competências da equipe de enfermagem e quem promovia tais ações (GIL, 2009; MINAYO, 2010).

Para Minayo (2008, p. 286), a **observação sistemática** pode “desvendar as contradições entre [...] práticas vividas” e colabora com o entendimento da realidade vivenciada e que pode ser confrontado com o que foi expressado nas entrevistas. Visando a elaboração de um registro das ações observadas de modo a obter um

diagnóstico da realidade vivenciada pelos componentes das equipes foi elaborado um roteiro de observação:

Quadro 3 - Roteiro de observação sistemática

setor	sim	não
tempo de observação		
uso de tecnologia		
problematização do cuidado com membros da equipe		
desenvolve trabalho em equipe		
estimula os componentes da equipe a contribuir com opiniões		
responde as questões que surgem no setor		
envolve os membros na produção de saberes		
administra os problemas e conflitos interpessoais		
utiliza as ferramentas tecnológicas para esclarecer dúvidas		
envolve a equipe na discussão do plano assistencial		
Observações:		

Fonte: A autora, 2019.

As observações foram feitas entre os meses de outubro e novembro de 2018 e ocorreram nos horários da manhã (oito manhãs) e no plantão noturno (totalizando três plantões), totalizando vinte horas de observação, permitindo solidificar o conhecimento sobre o grupo. Isto possibilitou construir cinco diários de campo com registro das atividades desenvolvidas, dos comportamentos de membros das equipes com o intuito de compreender suas interrelações bem como as possíveis ações educativas desenvolvidas em serviço com os integrantes das equipes e as conclusões sobre o observado. Não foi possível acompanhar as atividades dos enfermeiros gerentes devido às frequentes ausências dos setores.

As observações foram realizadas nos setores de Emergências geral e cardiológica, UTI geral e maternidade. Também foi feito um levantamento documental das possíveis ações educativas promovidas pelo Núcleo de Educação para a equipe de enfermagem.

Segundo Gil (2002), a **pesquisa documental** assemelha-se à pesquisa bibliográfica e difere desta em relação ao tratamento dado aos documentos; estes não receberam tratamento analítico e suas fontes são diversificadas, encontrando-se em arquivos institucionais ou setoriais como os relatórios, relatórios de pesquisa, tabelas estatísticas e outros. Para Appolinário (2009, p.67), documentos são “qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade, que possa servir para consulta, estudo ou prova...” e, segundo Cellard (2008, p.295), favorece o

enriquecimento do Estudo por ser único: “[...] o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais[...]; frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente”. A pesquisa documental foi realizada junto ao Núcleo de Educação Permanente do hospital, visando o resgate de registros históricos como atas de nomeação de componentes e de formação do setor, bem como:

- a) Atas de Reuniões** -com as ações educativas propostas e desenvolvidas e as Unidades contempladas;
- b) Relatórios anuais** –Relato das ações programadas e desenvolvidas pelo Núcleo; quem as desenvolveu, a duração e o número de participantes e estratégias utilizadas para desencadear as ações educativas
- c) Planejamento anual** de projetos educativos e setores participantes no planejamento;
- d) Meios de divulgação** das ações educativas programadas.

A análise documental e das entrevistas aliadas ao registro de observações realizadas possibilita a triangulação das fontes de dados, permitindo maior fidedignidade à informação, por serem baseadas em diferentes fontes (YIN, 2001). Assim, nesta pesquisa, ao utilizar a triangulação de diferentes métodos de coleta de dados, a autora procurou minimizar a interferência e reduzir a influência do pesquisador.

3.5 Participantes da pesquisa

A escolha dos participantes foi intencional e fixada em dez enfermeiros, baseada em características que pudessem contribuir para o alcance dos objetivos, levando em conta o tempo de serviço na instituição e a experiência com ensino no serviço, de modo que pudessem também representar o universo sociocultural e considerando a disponibilidade em participar (GIL, 2009; MINAYO, 2010).

Os critérios de seleção dos participantes foram: ser enfermeiros, aceitar participar das entrevistas e ter mais de cinco anos vinculados ao hospital; também, no caso dos enfermeiros gerentes: por serem atores-chave pelo seu papel assistencial e gestor, preocupados com o desenvolvimento e qualificação dos trabalhadores do Serviço; no caso dos enfermeiros assistenciais, por estes serem lideranças na

condução do trabalho em saúde e conhecedores dos desafios a uma assistência de qualidade e estarem envolvidos direta ou indiretamente no processo de Educação Permanente em Saúde no hospital

Segundo Yin (2001), os sujeitos entrevistados podem fornecer importantes contribuições com seus relatos verbais embora estejam suscetíveis a confusão pelo tempo, pela experiência negativa ou outras circunstâncias, de modo que se faz necessário corroborar os dados com outras fontes como a observação e seu registro em diário de campo. Estas entrevistas foram agendadas e realizadas no local de trabalho pela vontade dos mesmos e segundo o tempo disponível e acordado em quarenta minutos. O tempo das entrevistas totalizaram onze horas, com média de duração de trinta e seis minutos cada entrevista.

3.5.1 Características dos participantes

Dos dez enfermeiros que aceitaram participar das entrevistas, quanto à situação conjugal, quatro são solteiros, cinco são casados e um divorciado; quatro ocupam cargo de gerentes e seis são enfermeiros assistenciais. O quadro descreve o perfil destes:

Quadro 4 - Perfil dos participantes do estudo

Características	Achados	quantitativo
Tempo de graduação	0 a 10 anos	1
	11 a 20 anos	2
	21 a 30 anos	6
	31 anos e mais	1
Titulação	Graduação	2
	Especialização	2
	Docência no ensino superior	1
	pós em gestão pública	1
	Mestrado	1
	Residência e Mestrado	1
Especialização PROFAE	2	
Características	Achados	quantitativo
Faixa etária	30-40 anos	2
	41-50 anos	5
	51 -60 anos	2
	61 anos e mais	1
Sexo	Fem.	9
	Masc.	1
Tempo de atuação na Instituição	0-10 anos	1
	11-20 anos	6
	21 -30 anos	2
	31 anos e mais	1

Fonte: a autora; 2019

3.6 Aspectos éticos

O estudo respeitou os aspectos éticos segundo as normas da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 sobre as diretrizes e normas reguladoras para pesquisa com seres humanos e a Resolução 510/2016 referente às especificidades éticas das pesquisas em Ciências humanas e sociais em sua diversidade, mantendo o foco na proteção dos direitos humanos, na confiança e no respeito aos participantes (BRASIL, 2012, 2016).

O projeto foi submetido ao Comitê de ética em pesquisa com seres humanos do Instituto Aggeu Magalhães, Recife, PE com parecer aprovado em agosto de 2018 sob o nº CAAE: 92474918.7.0000.5190 e ao Comitê de ética em pesquisa do hospital Agamenon Magalhães com parecer favorável, sob o nº CAAE 92474918.7.3001.5197

Durante a abordagem para as entrevistas foram esclarecidos os objetivos e solicitado o consentimento dos participantes para gravação em áudio, obtendo sua anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deixando claro seu direito de sair da pesquisa a qualquer momento caso se sentissem desconfortáveis em participar; por outro lado, foi-lhes assegurado o sigilo de suas identidades e que em hipótese alguma seriam utilizadas as informações recebidas para outro fim senão o da pesquisa (Apêndice D).

Com o objetivo de garantir o sigilo dos participantes, os nomes deles foram substituídos por letras seguidas pelo número de ordem das entrevistas (E1, E2...), visando a inibir qualquer identificação. Todas as informações constantes e produzidas com o material coletado foram utilizadas para fins da pesquisa e os seus resultados serão de acesso público através da Dissertação e de artigos científicos relacionados à pesquisa.

3.7 Análise e interpretação dos dados

No processo de organização e análise das entrevistas, trabalhamos com a análise de conteúdo temático que, para Minayo (2010), é apropriada para pesquisas sociais em saúde e contribui para compreensão do universo da Enfermagem ao partir do desmembramento do texto em unidades, uma leitura das falas e aprofundamento da compreensão dos núcleos de sentido e ao relacionar as estruturas com categorias temáticas de modo a organizar as mensagens a partir dos elementos repartidos.

Segundo a autora, a escolha da análise temática como procedimento de análise dos dados é que este possibilita descobrir os núcleos de sentido que constituem uma comunicação com significado para o objeto de estudo.

Para referenciar e guiar a análise dos dados/relatos foram seguidos alguns passos:

- a) **O primeiro- processo interpretativo** se deu com uma oitiva/leitura flutuante para captação do conteúdo geral das entrevistas e sua pertinência ao objeto e objetivos da pesquisa, constituindo uma pré-análise para valorização fenomênica e técnica da fala dos entrevistados;
- b) **O segundo- processo interpretativo** seguiu uma transcrição das entrevistas gravadas, com leitura exaustiva para identificação de palavras chave nas transcrições, com exploração e alinhamento dos temas e identificação dos núcleos de sentido, seguido de análise contextualizada e ancorada no diálogo com autores referenciados;
- c) **O terceiro- processo interpretativo** seguiu com o alinhamento dos temas relevantes e trabalhado as significações, relacionando os achados que pudessem responder aos objetivos e confirmar ou não os pressupostos, ampliando a compreensão do contexto.

A Busca de temas gerados a partir da análise das entrevistas e da observação permitiu elaborar categorias iniciais por aglutinar termos semelhantes seguindo definições pré estabelecidas e estas foram novamente reduzidas e encontradas as categorias intermediárias que, por fim, foram sintetizadas em categorias finais (quadro 5), parâmetros que foram fundamentais para a análise das falas, contribuindo com um aprofundamento no conhecimento do universo dos enfermeiros nos espaços de trabalho e nas suas relações interpessoais e percebidos pela observação no campo de trabalho, de como atuam e resolvem seus questionamentos, conflitos e demandas (GIL, 2009).

Quadro 5 - Mapa das categorias temáticas.

Definição de características dos termos / variáveis para construção das categorias	Categoria inicial	Categoria intermediária	Categoria final
Situações que impedem o desenvolvimento das ações e o cuidado de enfermagem	Problemas no ambiente de trabalho	Desafios do enfermeiro educador	Os desafios de educar nos espaços de trabalho
Processos de trabalho e tecnologias leves, leve-duras e duras	Instituições de saúde complexas	hospital público	espaço de trabalho e gerador de conhecimentos
Características comuns de pessoas que são membros da mesma categoria de trabalho	Identidade profissional	Enfermeiro Educador	O diálogo como mediação entre cuidar e educar
Meio de construção e “conservação e reprodução da identidade social” e de mudanças, individuais, coletivas e dos processos de trabalho;	Educação	socialização do conhecimento e da informação	A ressignificação do cuidado de enfermagem pela Educação Permanente em saúde

Fonte: A autora, 2019.

Os temas gerados a partir da análise das entrevistas e da observação permitiu criar uma nuvem de palavras. Criada para obter insights a partir da visualização rápida, a nuvem de palavras é uma representação visual da frequência de palavras num texto escrito ou transcrito e o destaque das palavras representa seu valor ou importância; quanto maior a palavra, mais relevante seu significado em determinado corpus textual.

As nuvens de palavras procuram ligar o tamanho e a frequência ao conteúdo temático nos discursos, ajudando a identificar, descrever e analisar os temas estudados (SURVEYGIZMO, 2012)

Para a criação da nuvem de palavras, foram utilizados os textos das entrevistas transcritos, lançados no programa MAXQDA2018.1 (figura 3). A partir das palavras com maior destaque e fazendo uma exploração superficial desse novo texto, a palavra educação teve maior frequência e foi citada como relevante para os espaços da vida e do trabalho dos indivíduos; outras que se agrupam em torno dela, também relevantes, pelo seu tamanho, como enfermeiro, enfermagem, hospital, treinamento, permanente, serviço, tempo, traz à tona a educação como construção do conhecimento, compartilhada pela enfermagem, no hospital, numa relação dialógica com outros profissionais e pacientes, para o crescimento pessoal e coletivo, permanentemente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentação dos resultados, visando atender aos objetivos do estudo, iniciamos com a descrição do perfil da enfermagem do serviço, seguido por uma organização da análise das entrevistas com os enfermeiros e a observação de suas atividades e a análise documental sobre as ações educativas do Núcleo de Educação Permanente. Na análise, buscamos triangular os métodos, que segundo Minayo (2010), amplia o olhar sobre o mesmo objeto, complementando o entendimento ao confrontar os resultados encontrados.

4.1 O Perfil dos profissionais de Enfermagem do HAM:

Este tópico atende ao primeiro objetivo do estudo e descreve o corpo de Enfermagem do HAM que é formado por 211 Enfermeiros, 603 Técnicos de Enfermagem e 385 Auxiliares de Enfermagem, que representa 59,7% da força de trabalho profissional em saúde, na Instituição.

Dos 211 Enfermeiros formalmente empregados (dados coletados em maio de 2018) (GIL, 2002; PRESTES, 2007); 94,3% (202) são do sexo feminino, o que confirma a Enfermagem como uma profissão eminentemente feminina e também que vivemos num mundo mais feminino, onde as mulheres passaram a trabalhar fora de casa, se tornando socialmente mais produtivas conforme estudo publicado no Boletim Anual do Observatório do Trabalho (2017) e que apresenta dados referentes à participação da mulher no mercado de trabalho e sua evolução entre 2005 e 2015.

A média de idade dos Enfermeiros é de 40 anos, com a faixa de idade situada entre 20 e 69 anos de idade; 7,1% têm mais de 60 anos e 3,8% têm menos de 30 anos. Pode se observar que é um grupo que atingiu a maturidade física e possivelmente a maturidade profissional (MACHADO, 2016).

O quadro 5 traz a distribuição dos enfermeiros em cargos de liderança no hospital. Referente à ocupação e participação feminina nos cargos de chefias, o percentual é reduzido entre os Enfermeiros, apenas 4,26% do total; a participação feminina nos cargos de chefia e liderança é muito baixo, em comparação com o percentual de participação feminina em liderança nas Organizações brasileiras, que gira em torno de 7% (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Quadro 5– Distribuição dos cargos de liderança da Enfermagem

Cargos de liderança	Quantidade
Superintendência de Enfermagem	1
Assessoria Técnica da Gerência Administrativa	1
Assessoria da Superintendência de Enfermagem	1
Coordenador de Enfermagem Ambulatorial	1
Gerentes Assistenciais	5
Total	9

Fonte: A autora, 2018;

Blithe (2015, p.28) chama essa condição de “segregação ocupacional vertical”, visto que as mulheres assumem posições hierárquicas inferiores enquanto os homens ocupam os cargos de posição de poder, refletindo o forte sistema de gênero que prioriza a hierarquia masculina. Uma das condições a considerar é que, embora um percentual expressivo (44,55%) tenha especializações ou maiores titulações, não ocupam cargos de liderança ou não ocupam postos de trabalho estáveis.

Fleury e Fleury (2005) referem que as competências do indivíduo se desenvolvem em três eixos: O individual, pela educação formal, pela experiência de vida e profissional. A integração destas competências promove a agregação de valor social e econômico; é importante para mudar a realidade dos processos de trabalho em saúde da Enfermagem e reaproximar os trabalhadores de Enfermagem, garantindo sua participação plena no cuidado holístico e no encontro das subjetividades entre trabalhadores e usuários.

Fazendo uma análise entre percentual de competências técnicas, onde 50,23% possuem pós graduação (especializações e mestrado) e considerando a idade média (40 anos) como experiências de vida e o tempo de vínculo (63,9% têm entre 16 e 31 anos e mais de vínculo empregatício no HAM) como experiência profissional, podemos concluir que o potencial valorativo social e econômico desse grupo pode agregar valor aos processos de trabalho por contribuir com a mudança através da aprendizagem e troca de experiências e saberes entre suas equipes(VIEIRA, 2007).

Com relação ao tipo de vinculação à instituição, 93,84% são Enfermeiros concursados pelo Estado através da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Dos 211 Enfermeiros concursados, 44,55% fizeram Residência em Enfermagem ou tem especialidades diversas e 5,68% são mestres, como se observa na tabela 1 e

corroborando com o teor de outras pesquisas sobre a precariedade dos vínculos e a violência laboral (XIMENES NETO, 2016; MACHADO, 2016).

Tabela 1 - Distribuição dos Enfermeiros segundo grau de instrução, vínculo empregatício e tempo de serviço

Variáveis	Enfermeiros	
	nº	%
Grau de instrução		
Superior	211	100
Especialização	94	44,55
Mestrado	12	5,68
Doutorado	0	0
Vínculo		
SES ⁹ /Concurso	198	93,84
SES/Contrato	4	1,9
UPE/FESP	1	0,47
UPE/CISAM	1	0,47
UPE/PROCAPE	1	0,47
MS	6	2,84
Tempo de serviço		
0 - 5 anos	28	13,27
6 - 10 anos	14	6,64
11 -15 anos	34	16,11
16 -20 anos	86	40,76
21 -30 anos	42	19,91
31 e + anos	7	3,32
Total	211	100

Fonte: a autora, 2018;

Além desse pessoal vinculado por concurso, coexistem diferentes modalidades de vínculos utilizados pela SES, como os contratados e os sem vínculo que prestam serviço como “extras” para suprir o déficit de profissionais de enfermagem.

Para esse grupo de profissionais, trabalhar num hospital de ensino como o HAM, possibilita a oportunidade de atualização e aquisição de novos conhecimentos por favorecer o acesso à informação atualizada e à troca de novos conteúdos, seja com os docentes, seja com os discentes e residentes que atuam no hospital, contribuindo com a educação permanente em serviço tanto dos trabalhadores quanto destes que utilizam o hospital como campo acadêmico.

⁹ Estão incluídos os enfermeiros com dois vínculos com a SES

HAM como hospital de ensino participa na formação de profissionais de saúde, sendo, portanto, necessário que seus trabalhadores reconheçam sua importância como educadores e sua participação na formação de recursos humanos em saúde, comprometidos com o fortalecimento do SUS e com a qualidade da assistência.

Para responder aos demais objetivos utilizamos a análise das entrevistas e as anotações das observações de campo. Com base na análise temática (MINAYO, 2010), procuramos categorizar as falas visando apreender os sentidos atribuídos para interpretar o significado. Para tal, foi construído um mapa que ajudou a ordenar e refinar os códigos, que resultaram em categorias (CLARKE; BRAUN, 2013).

Santos Neto (2012) e Lorenzetti *et al.* (2014) reconhecem que no campo da gestão os recursos humanos representam um grande desafio por entender que o déficit e o despreparo do pessoal de saúde impactam na qualidade dos serviços, além de gerar alguns conflitos e tensões. O hospital, como espaço de compartilhamento, pode minimizar estes conflitos e tensões ao construir pontes por meio da educação, que integrem trabalhadores, gestores e comunidades.

4.2 Os desafios de educar nos espaços de trabalho

A primeira categoria temática os desafios de educar nos espaços de trabalho visa a atender ao segundo e terceiro objetivos do estudo que é compreender a importância atribuída à Educação Permanente em Saúde pelo enfermeiro e refletir sobre sua prática por identificar os principais mecanismos para a execução de ações/estratégias de educação e identificar os desafios presentes no contexto do hospital que interferem nas ações educativas.

Dos dez enfermeiros convidados a participar das entrevistas, nove eram do sexo feminino e um do sexo masculino; a idade varia entre 33 anos e 62 anos de idade. Quatro são solteiros, cinco são casados e um divorciado. Quanto à formação, oito tem especializações (dois deles pelo Profae); um tem pós em Gestão pública e um fez residência e mestrado. O tempo de vínculo varia entre sete e quarenta e quatro anos de serviço.

Alguns profissionais reconhecem a necessidade de capacitação e aprimoramento do cuidado, entendem o conceito de EPS como estratégia importante no processo de aquisição de novos conhecimentos por todos os profissionais:

Poder participar do processo educativo de um profissional é muito importante [E1].

Acho que é interessante ser dinâmico nessa área; é um crescimento pessoal, é uma forma de você aumentar sua bagagem, seu crescimento; aumenta sua bagagem de conhecimento e isso só faz facilitar seu trabalho[...] o próprio enfermeiro, assim, ele tem essa missão assim, de ser o educador da prática. A própria secretaria de saúde queria formar equipes onde fizesse aquela problematização da educação permanente, não é, jogasse para o aluno, e a partir dos conhecimentos deles a gente formasse a questão do conhecimento né, a gente, partindo dos conhecimentos deles a gente comesçassem esse treinamento e ir aprofundando de acordo com a necessidade entendeu [E2].

Eu encaro a educação permanente como um setor, um órgão, não sei, importante e que deveria ter componentes de toda a equipe. E é a educação permanente que vai fazer o levantamento em relação a que e quais as fragilidades em relação a implantação e cuidado com o cateter e chegar com isso pronto [...] E vejo a educação permanente só centralizada na enfermagem [E7].

Ainda outros reconhecem a importância da educação e a valoriza; no entanto, não se percebe como participe do processo educativo e acham que é da competência de setores como o núcleo de educação desenvolver ações educativas:

Porque aí os conhecimentos novos que os residentes que estão vindos das universidades, isso eles atrelam ao conhecimento aqui dentro do hospital, e isso fortalece o enfermeiro que já está trabalhando [...] A educação permanente aqui a gente tem uma dificuldade[...] a educação permanente ela tem que ser bem forte [...] isso qualifica o profissional pra ele fazer o trabalho melhor, mais bem feito, e melhora a qualidade do serviço que ele está prestando [E2].

a enfermeira da educação ela só tem uma enfermeira, ela não tem condições não é, de abraçar a causa por conta da restrição de demanda de servidor [...] então hoje a educação permanente é muito importante, porém ela é muito restrita, ela não tem pernas pra isso [E4].

E há os que confundem os conceitos de EC e EPS, ora falando em uma, ora falando na outra, como se pode observar nas falas do entrevistado 4. Também acham que compete ao núcleo de EPS a responsabilidade da educação do trabalhador:

Eu não vejo uma atuação da educação continuada aqui não, pelo menos aqui no setor; [...] acho que precisam realmente solicitar mais a presença da educação permanente aqui dentro [E8].

E eu não consigo ter esse treinamento porque quem é da educação permanente não consegue chegar até mim [...] eu pedi a educação continuada uma colaboração e a educação continuada fez depois de uns quatro meses uns cursos que eram a tarde; esses cursos que muita gente foi, mas que num primeiro momento eu tive que me virar [E4].

A atenção à saúde vem sofrendo reestruturação de seus processos de trabalho em função de novas legislações, políticas e programas de saúde, o que, por sua vez, vai de encontro a alguns interesses, gerando conflitos que influenciam os processos

de trabalho e conseqüentemente retarda ou inviabiliza os processos de mudanças (FRANÇA, 2017).

Por outro lado, a pressão por maior produtividade, estruturas deficientes e a precariedade de vínculos, baixos salários, dentre outros, contribui com o aumento dos conflitos e evidencia as dificuldades do sistema em promover qualificação do pessoal visando à melhoria da assistência prestada (JUNQUEIRA; FRUTUOSO; SILVA, 2013).

Uma das conseqüências do avanço tecnológico e da globalização foi o aumento da competitividade e a exigência de melhor desempenho e produtividade pelos trabalhadores. Por sua vez, esses trabalhadores carecem cada vez mais de motivação frente aos desafios que se apresentam em suas vidas pessoais e no ambiente de trabalho.

O próprio ambiente de trabalho com suas normas, protocolos e regras bem como as relações de poder nele instituídas, constituem-se em campo de forças e de disputas, são geradores de problemas e desafios no cotidiano do trabalho e, de acordo com as relações estabelecidas, estes podem ser mais ou menos intensos.

Na visão de Chiavenato (2011), a motivação é influenciada pelo clima organizacional que por sua vez, influencia o comportamento dos indivíduos dentro das organizações.

Observamos uma mudança na cultura organizacional, contribuindo com uma nova conformação ao trabalho em saúde. Há uma maior preocupação com o diagnóstico e o paciente torna-se o centro das atenções. O profissional de saúde passou a ter sua autonomia ameaçada pela padronização e burocracia excessiva, onde suas funções assemelham-se às funções do trabalhador de fábrica que precisa cumprir regras e horários.

Esta nova cultura limita a troca de informações em reunião de grupos para discutir os problemas e achar soluções em conjunto. Alia-se a isto, o número cada vez mais reduzido de profissionais com vínculos estáveis e que precisam cumprir carga horária exaustiva que reduz a busca por atualização/formação profissional; nesta cultura, esse profissional é apenas reativo e pouco resolutivo.

Os gerentes têm pouca autonomia para contratar pessoal ou lidar com questões salariais, embora possa participar na capacitação e treinamento dos mesmos.

Observa-se também a prática do cuidado fragmentado, numa lógica tecnicista, fundamentada no “saber fazer” e não em “saber ser”, levando a uma “descontinuidade da atenção”, considerada uma das principais causas de fracasso no avanço dos sistemas de saúde (LORENZETTI *et al.*, 2014).

A educação participa ativamente do processo de amadurecimento dos indivíduos, tornando-os plenos pela apropriação de conhecimentos por meio de instrumentos e possibilidades diversas para aprender e para construir e desconstruir conceitos no encontro com o outro (CECCIM, 2005).

Este processo de amadurecimento que transforma tem papel fundamental no mundo do trabalho e nas suas relações sociais. A educação em serviço visa a desenvolver nos trabalhadores suas capacidades e potencialidades. Na educação em serviço, Peduzzi (2010) descreve duas propostas com diferenças conceituais marcantes, a educação continuada e a educação permanente.

A educação continuada, fundamenta-se no conhecimento técnico científico e é orientada pelos comportamentos institucionalizados, acríticos e dirigidos, para que o trabalhador dê o seu melhor (PEDUZZI; MONTANHA, 2010).

Por outro lado, Pensada como estratégia de transformação através da reflexão crítica sobre as práticas, a Educação Permanente em Saúde visa produzir aprendizagens significativas no cotidiano do trabalho, considerando as necessidades do serviço e dos trabalhadores, se apropriando dos espaços coletivos para discussão, reflexão e transformação das práticas, contribuindo para um aprendizado coletivo (JESUS, 2011).

Em um dos momentos de observação feito em uma reunião de discussão do Projeto do Parto Adequado (PPA), desenvolvido na Maternidade e envolvendo enfermeiros, foram discutidos a condição de chegada das gestantes e puérperas e os procedimentos de acolhimento, triagem e internação; um momento rico em informações e propício a ações educativas nos espaços de trabalho, mas que não foram percebidos como ações educativas:

[...] eu acho que tem que ser roda de conversa; eu acho a melhor experiencia que já tive até agora[...] é muito bom escutar o outro falar, trocar opiniões e trazer respostas; é mais descontraída. [...] A semana passada nós tivemos na UTI uma experiencia muito boa [...] e aí a gente fez um brainstorming e utilizamos como ferramenta a espinha de peixe; muito bom também a receptividade do pessoal, que se sente ouvido [...] e aí a proposta foi a gente sentar com o grupo prá saber o que faltava para que a gente fizesse uma assistência de qualidade [E5].

Durante um outro momento de observação, a discussão de um óbito, com equipe multidisciplinar, para o enfermeiro E1 também representou um momento rico em informações e ação educativa nos espaços de trabalho; embora o enfermeiro não se apercebesse do processo educativo, referiu que os questionamentos sobre as condições do óbito instigou à reflexão e a um aprendizado, de si e do outro:

Eu acho que essa comissão de óbitos devia ser aberta porque se o paciente foi meu e a comissão identificou problemas... até para entender como foi o processo, a condução do atendimento, da assistência [...]. Meu grande questionamento é justamente esse... dizer pro enfermeiro que assistiu aquele paciente que tal procedimento acelerou o processo de morte; pra o técnico, que a maneira que ele procedeu gerou aquilo [E1].

A prática da educação permanente em saúde por profissionais de enfermagem nos espaços coletivos de trabalho, permite o desempenho adequado do cuidado de saúde e contribui para a responsabilização, valorização e autonomia destes profissionais de saúde além de contribuir para o desenvolvimento da instituição, mesmo quando não se apercebem que praticam ações educativas (MOHR, 2011; CASTELLS, 2011).

A importância de se perceber e entender as necessidades da organização em situações reais do serviço e dos profissionais é que contribui para a reflexão e a busca de soluções pensadas em conjunto e cujos resultados promovem mudanças na prestação do cuidado por transformar as práticas desse cuidado.

Para os profissionais de enfermagem entrevistados, alguns problemas são vistos como desafios a ações educativas no serviço:

pego muito no pé deles [...] o mesmo funcionário daqui que trabalha na instituição privada faz diferente [...] porque não existe punição. Aqui, se ele fizer e não fizer, dá no mesmo (E1).

Todo dia que passam, eles vêm e quando encontra um... Algum erro, “esse lixo está no lugar errado; assine aqui a notificação”; mas assim, não chega um: gente olhe...aconteceu isso...[...] não tem esse trabalho; então a gente pode considerar isso um desafio, a ser vencido (E2).

Relações conflituosas entre trabalhadores se não resolvidas, interferem no clima da organização, impedindo seu bom funcionamento e limitando o diálogo.

Os indivíduos, por sua condição ímpar, única, tem conceitos, opiniões e pontos de vista próprios e que diferem dos de seus semelhantes. Tal condição na interação com o outro, pode gerar conflitos em função da incompreensão dos pensamentos e sentimentos do outro. As divergências e os conflitos podem contribuir para o crescimento dos indivíduos e organizações.

Uma Democracia somente pode ser considerada plural quando oferece condições para o respeito às divergências e aos desacordos entre as pessoas, por meio de procedimentos que permitam fazer do conflito um combustível para impulsionar mudanças sociais e permitir que os anseios dos diversos setores da população sejam atendidos pelo Estado.

Os conflitos são muitos entre e intra equipes de trabalhadores; a falta de diálogo e de comunicação impede a visão do outro como um semelhante, ampliando o foco nas diferenças, o que por sua vez reduz as alternativas de 'solução de conflitos que beneficie a todos'. Os conflitos podem ser considerados causas para ausência de motivação externa para o trabalho (BRASIL, 2017, p.5).

No relato de dois enfermeiros foram citados dois projetos (Projeto de redução da mortalidade materna e o Projeto do Parto Adequado) implantados no hospital para melhoria da assistência; no entanto, um desses enfermeiros relatou que não foi convidado a participar, mas que o seu setor estava incluído nas ações de melhoria:

Uma coisa que eu questiono aqui nesse hospital é o seguinte: as coisas são feitas e são repassadas só para as gerências. Mas não é a mesma coisa que você está em uma sala com discussão daquela problemática, daquele fluxo ou daquele protocolo, que vai ser criado, [...] e possa se envolver, entendeu? Você trabalha com superlotação, com demanda de pacientes que chega muito grave e ainda você trabalha com dimensionamento totalmente incorreto, aí como você tem todo aquele trabalho, o que acontece, você não repassa as coisas [E4]

Um profissional expressa seu descontentamento diante das novas exigências e diante do problema de comunicação, tanto de cima para baixo quanto ao que se instala dele para com seus liderados, que precisam ser informados e orientados a como proceder com as ações do projeto:

Acho que precisaria pra eles poderem ver a nossa demanda, a nossa necessidade e os problemas é ter um canal de comunicação [E3]

Outros entrevistados também destacam a necessidade de comunicação para que os trabalhadores se apropriem dos projetos e possam colaborar com seu desenvolvimento:

Outra coisa que eu acho que para qualquer programa para qualquer setor que trabalha essa questão da educação de qualidade, projetos né, programas, serviços de qualidade, que trabalha mudanças, que busca mudança de postura, que quer que aconteça mudanças de comportamento, precisa de comunicação; eu acho que para o serviço público um dos grandes implicadores aí é a comunicação e a motivação [E6].

é preciso que todo mundo saiba que a gente faz parte de um projeto (E10).

Além da falta de comunicação interpessoal, alguns problemas foram pontuados como interferências no processo educativo:

a) a gestão verticalizada:

a questão de a gestão ser verticalizada, ser muito fechada, isso tem a ver [E2]

b) o distanciamento dos gerentes:

[...] a gente tem muitas cabeças ...que estão muito alheias, estão aí por estar [E3].

Uma coisa que eu questiono aqui nesse hospital é o seguinte: As coisas são feitas e são repassadas só para as gerencias [E4]

c) problemas estruturais e políticos, interferindo no âmbito do trabalho:

A enfermeira, ela pra se sustentar precisa ter dois ou três empregos. Eu entendo que ela não consiga abraçar a causa. Outra coisa, é... A gente está numa situação que as próprias universidades não estão se preocupando com quem elas estão formando [E4].

Eu não tenho como fora do plantão ter uma... perspectiva de treinamento porque eu não tenho nenhum tempo livre e nem tenho uma gratificação, [...] em pegar esse pessoal e treinar fora do serviço; eles também não tem tempo, com dois ou três empregos eles não vem [...] teria que ter um dimensionamento maior pra você puxar essas pessoas (E7).

[...] Porque a política da Secretaria hoje ela distancia cada vez mais o ensino do serviço. Se houvesse integração, esse aluno quando chegasse ao campo de trabalho, ele viesse para exercer a sua função enquanto trabalhador de saúde, seja enfermeiro ou outro profissional, ele já estaria bem perto da realidade. Então, o que é que acontece: Eles chegam e se chocam com o que aprenderam na academia ou nas instituições de ensino, e o que se pratica dentro da unidade. [...] aí o que interfere na formação deles está interferindo também na qualidade da assistência que vai ser prestada [E6].

d) Desorganização, atritos e falta de integração intra e entre equipes profissionais:

[...] Hoje o corpo de enfermeiros daqui pede pra que seja feito um trabalho de educação, pra que elas possam criar essa habilidade né, no dia a dia [...] de como retirar o cateter, quais os cuidados né, e o que pode ser feito caso aconteça sangramento; então assim, pra que ela possa se sentir apta a retirar, tem que existir esse treinamento e até agora nada [E4]

Às vezes a coisa não acontece, ou a falha, né, não acontece ou só acontece a falha. Por, vamos dizer assim, vamos reduzir a duas coisas: Ou desconhecimento, não é, desconhece a forma como fazer correto, ou seja, falta informações de atualização, ou o não compromisso, não é. O não compromisso de fazer aquilo que é correto. Assume o risco de errar [E6].

pego muito no pé deles [...] o mesmo funcionário daqui que trabalha na instituição privada faz diferente [...] porque não existe punição. Aqui, se ele fizer e não fizer, dá no mesmo [E1].

Primeiro a comunicação é muito ruim. [...] o enfermeiro, muitas vezes, por falta de conhecimento não consegue assim delegar ou estar junto dos seus técnicos; [...] o conflito maior é interação [E8]. o técnico não desenvolve adequadamente sua função ou não quer se envolver com algumas questões, o enfermeiro simplesmente se omite em chegar e participar. [...]Ai eu me virei, a enfermeira responsável que estava junto não questionou, não se envolveu [...] aí eu disse [...]ele não está se negando em ajudar mas ele precisa que alguém vá orientar, vá conduzir essa questão [...]aí ela disse [...]que fui grosseira. 'Fui grosseira e eu disse: isto é inadmissível, vá lá, eu realmente mandei, você vá lá porque ele está precisando de ajuda e a obrigação é nossa. [E9]

e) Individualismo:

Não existe espírito de equipe [E1]

Hoje a gente observa que a equipe mesmo multidisciplinar, não vejo tão agregada, estão um pouco travadas, estão realmente assim, se reservando, estão servindo o básico; cumprindo seu horário e recebendo seu salário [...] então é falta de interação mesmo; o conflito maior é interação, não existe tanto vínculo entre as pessoas nem com a gente nem com os pacientes, sabe[...] muito frágil [E2]

f) O vínculo precário:

um problema porque nem todos os nossos profissionais são concursados, que é outro problema. [...] temos plantões extras que são aqueles contratados para atender a necessidade da instituição mas que não tem nenhum vínculo com o serviço, isso aí também é um problema porque, primeiro, educar não desperta o interesse desse grupo; segundo, é como se a gente tivesse trabalhando para pessoas que não estão vinculadas ao serviço [E9].

Os enfermeiros entrevistados reconhecem que enfrentam muitos problemas relacionais com outras equipes, como consequência da sobrecarga de serviço e deficiência no dimensionamento de pessoal de enfermagem:

[...] agora tudo é questão de assédio moral; então tudo que você fala, tudo que você escreve pode ser usado contra você, profissional. Então não existe aquela questão mais de hierarquia do conhecimento porque a gente fala hierarquia não só hierarquia do mandar, hierarquia do conhecimento que eu acho que isso é mais importante e principal. Que não existe. Porque o que você fala nada é entendido pra o bem, em prol do paciente [...] eu não quero sair daqui porque eu não quero ir pra assistência porque não quero lidar mais com técnico de enfermagem, não quero [E2].

Eu não queria discutir mais; porque [...] faz uma reunião no setor, no serviço, e você vai discutir carga horária, você vai discutir só problema, porque superlotou, porque a farmácia não tem gente para distribuir a medicação porque o rx não vem quando se chama, isso pra mim não é discussão pra uma reunião [...] E como a gente já está tão insatisfeitos com as situações e com as não conformidades, aí você nunca consegue ir para uma reunião para colocar novas ideias, criar, para você estimular o grupo; você não consegue porque está todo mundo muito revoltado [E5].

Um dos entrevistados destacou os reflexos sobre a assistência:

na gestão de leitos, você um paciente quando tem alta da UTI a gente fica muito triste quando o paciente retorna, às vezes não é só pela patologia, pelo estado clínico do paciente, e sim por algumas coisas que deixaram de ser feitas [E4].

A diversidade da força de trabalho e a complexidade do cuidado exige das lideranças preparo para conduzir os liderados e seus pensamentos, atitudes e ideias divergentes, bem como estar atentos às limitações e necessidades do grupo para reduzir os conflitos e tensões. Algumas pesquisas mostram que o trabalhador preza um bom lugar para trabalhar mais do que bons salários, o que por sua vez promove um melhor desempenho e produtividade (FUGULIN *et al.*, 2016).

A sobrecarga de trabalho e muitas atividades são relatadas pelos profissionais como motivo de muito estresse pois obriga o enfermeiro a desenvolver múltiplas funções, levando-os ao esgotamento físico e mental, tendo como outras consequências novos conflitos e problemas relacionais, comprometendo as decisões e as oportunidades de educação em serviço e conseqüentemente a qualidade da assistência prestada (NOVARETTI *et al.*, 2014).

A introdução de novas tecnologias demanda dos trabalhadores de saúde constante atualização e aprendizagem ao passo que também necessitam de direcionamento, supervisão e treinamento (CHIAVENATO, 2011).

O processo educativo é cumulativo e interativo, necessita do contexto organizacional e ambiental para se desenvolver e a comunicação é um dos elementos chave que contribui para esse desenvolvimento. Reconhecem que há necessidade de espaços de compartilhamento de novos saberes e que se adote uma nova lógica de trabalho para vencer os desafios que surgem no cotidiano do trabalho.

Estes profissionais reconhecem a necessidade de capacitação e aprimoramento do cuidado. Em suas falas, identificamos que a educação é uma forma de revisar técnicas e procedimentos para melhorar o cuidado prestado ou resolver deficiências específicas de alguns trabalhadores; no entanto, por não se reconhecem como elementos importantes no processo de educação, acham que é da competência do núcleo de educação permanente tais atividades. Para eles, as falhas de educação se dão porque este setor enfrenta dificuldades em suprir as demandas devido a só existir um enfermeiro para planejar e atender às solicitações:

[...] há uma fragilidade dos serviços de educação permanente, de não fazer essa ação pedagógica...[E2].

Eu acho que ela ainda está muito sobrecarregada. Uma enfermeira só com a Residência, coordenando a Residência e com a educação permanente...[E8].

A própria educação permanente do serviço ela só tem uma enfermeira, ela não tem condições não é de abraçar a causa por conta da restrição da demanda de servidor [E7]

Em suas falas podemos discernir que estratégias de educação utilizam para discutir/solucionar algumas deficiências assistenciais nos setores, inclusive com atitudes inovadoras como apresentação de filmes e vídeos como relatado por E4 e E5:

Eu fiz aqui uma sessão de cinema; eu levei, trouxe pipoca, eu botei um filme aí, trouxe meu computador botei aí na mesa, coloquei um filme pra gente tentar fazer a segurança do paciente; eu chamei dois técnicos, depois eu tenho de chamar outros dois técnicos e depois eu tenho que chamar mais dois técnicos; então eu tenho que fazer dentro da sala no horário do serviço; agora eu não posso passar de 15 minutos porque eles tem pacientes para eles atenderem. Eu fiz o meu protocolo. Eu também não fiz mais porque não fui autorizada a fazer. Depois dessa visita, eu peguei com a farmacêutica, um exemplar de modelo de carro de parada, pedi à gerente da emergência, [...], eu fui com ela até o carro de parada, nós vimos toda a medicação, o quantitativo, preparamos o protocolo, organizei e deixei [E4].

Eu pedi a superintendência de enfermagem [...]; eu coloquei uma enfermeira no plantão diurno e uma enfermeira no plantão noturno, extra, para que acompanhasse só esse tipo de processo; é como se ela tivesse acompanhando alunos em sala de aula. Adaptando o novo funcionário. Criando a habilidade, promovendo habilidade para esse funcionário porque ele não tinha [...] tem essa avaliação de desempenho que é um número enorme de servidores que a gente tem para fazer. Eu não faço uma avaliação de desempenho, assim, qual é a sua nota. [...] senta aqui. [...] eu vou conversar com o servidor. [...] Para que ele não faça, não tire dez sem ter o dez, sem merecer o dez e nem se dê um seis, sete. Aí eu faço com ele para que ele possa entender aquilo que ele faz, aquilo que deixa de fazer e o que ele pode melhorar [E4].

Eu faço reunião e aí a gente discute as melhorias diante do que a CCIH traz, a comissão de lesão traz [...] trabalho com eles as dificuldades e as queixas, mas também estímulo, geralmente...a última vez que trabalhei com uma das UCO fiz uns kits com materiais e canetas com bloquinhos e mandei confeccionar uns copos, parabenizando, entende? [E5].

A importância de o enfermeiro utilizar estratégias de ensino é que embasam o cuidado nas melhores evidências por se utilizar de pesquisas em fontes diversas, se apoiar em decisões clínicas, questionando e desafiando constantemente o saber para avaliar e implementar novas práticas.

Este entendimento de utilizar as necessidades e daí criar estratégias de ensino/aprendizagem, permite melhor entrosamento e pode se dar na hora do café, durante um banho no leito, na realização de um curativo, na discussão de um protocolo novo ou introdução de um novo medicamento, situações tais que permitem, na interação com o outro, as aprendizagens e trocas de conhecimento (ARGOTE; MIRON-SPECTOR 2011).

A educação permanente visa a uma adaptação dos indivíduos às mudanças sociais e tecnológicas e necessita que o ambiente e o contexto favoreçam o processo

de ensino/aprendizagem por valorizar as diferenças e promover os debates e discussões que promovem o desenvolvimento pessoal e coletivo dos trabalhadores no seu processo de trabalho. Estes, por sua vez, numa relação horizontal e dialógica e respeitando o que os profissionais já conhecem, promovem a transformação de si e da realidade (ARGOTE; MIRON-SPECTOR 2011).

A comunicação é um processo completo em si mesmo porque envolve o emissor, ou a entrada, a mensagem ou o meio e o receptor ou a saída desse processo. Como um processo informacional entre pessoas, permite a estas usar as informações ou conhecimentos que apontem caminhos que os conduzam a soluções e resoluções de problemas (ANTONELLO; GODOY, 2011).

Nas organizações, a comunicação envolve adquirir e disseminar informações e monitorar os resultados, interagindo dentro e fora da equipe. Uma comunicação deficiente é ineficaz, gera insatisfação e pode ser geradora de conflitos e ressentimentos entre os trabalhadores, ao passo que uma comunicação eficiente ajuda a obter o apoio desejado, reduz resistências, conquista adesões e contribui com os objetivos da organização (ARGOTE; MIRON-SPECTOR 2011).

Além dos desafios do ambiente hospitalar, outros desafios relacionados ao campo de gestão e de formação de recursos humanos para a saúde interferem nesse ambiente. É consenso que os recursos humanos têm papel fundamental na consolidação do SUS e sua formação permanente contribui para aquisição e socialização de conhecimentos num ambiente dinâmico que promove a integração e reestruturação constantes de pessoas e serviço (SANTOS NETO, 2012).

4.2.1 Desafios externos que interferem no ambiente hospitalar

O hospital como organização e parte de um sistema de saúde, influencia e é influenciado pelo meio em que está inserido. Nesta interação flexível com o meio, sofre constantes adaptações que permitem sua evolução como subsistema de saúde, de modo que não se deve ignorar o ambiente externo.

Nestes trechos de fala percebemos a preocupação tanto com a visão do ponto de vista do serviço, que recebe profissionais despreparados quanto com a visão sobre a SES, necessitando se aproximar dos serviços para uma análise e avaliação efetivas do potencial desses trabalhadores.

Percebemos também o pensamento sobre este mesmo sentimento de distanciamento de instâncias superiores, cuja visão é fragmentada e autoritária, alienada e alienante, levando os trabalhadores a não assumirem uma postura ativa e proativa para dar o apoio necessário às mudanças. E isto é evidente nas falas:

A gente está numa situação que as próprias universidades não estão se preocupando com quem elas estão formando [E2]

Mas o que eu vejo é totalmente um distanciamento [...] existe uma dicotomia entre o ensino e o serviço. [...] A escola ensina e trabalha muita coisa que está distante do serviço [E4].

[...] por exemplo, quando o hospital tinha autonomia de dizer assim: quais escolas eu gostaria que viesse pra cá, para o hospital, e mantivesse como a gente mantinha, um contato prévio com essa escola, que a escola vinha, você conversava, trocava, mas hoje, pela lei do reforsus, isso não existe. porque, todo o contato que é feito com as escolas, quem faz é a secretaria de saúde. A Secretaria de saúde contribui pouco; eu não vejo muita contribuição não [E6].

Um outro entrevistado se expressou indignado e se sentindo desrespeitado na sua autoridade pela SES; também fica evidente que ele se mostra descrente nas leis e regulamentos que regem os trabalhadores da saúde pública, expressando o desejo de ter o seu julgamento valorizado pela SES, de ser ouvido:

agora há pouco eu peguei um funcionário e coloquei ele à disposição e aí o retorno que eu recebo, né, ele foi para outro setor, mas hoje ele está em um outro hospital; ele realmente foi devolvido para a Secretaria em período probatório e simplesmente foi para outro hospital; então: O que é que fica no final das contas? [...] Período probatório é a maior besteira do mundo, não tenham medo porque não acontece nada com ninguém né. O menino disse 'agora eu vim pra um melhor' [...] ou seja... ainda debochando! (E2)

No campo da macrogestão, as fragilidades de gestão e financiamento percebidas no SUS, se mostram relevantes no contexto hospitalar, uma vez que ambas interferem na qualidade da assistência e na atuação de trabalhadores como sujeitos ativos nessas instituições (SANTOS NETO, 2012; LORENZETTI *et al.*, 2014).

França *et al.* (2017) identificaram baixa priorização da EPS pela gestão municipal/estadual; atuação administrativa limitada das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) regionais, seja do ponto de vista orçamentário ou do ponto de vista de pessoal capacitado para execução das ações; também a 'falta de clareza' do seu papel levando a consequentes limitações na execução descentralizada das ações de educação permanente no estado.

Embora as CIES estejam implementadas em todos os estados, fica evidente o pouco diálogo entre as áreas de gestão e de educação (BRASIL, 2015).

A incipiente incorporação pelos gestores/gerentes, de competências, valores e atitudes do modelo de atenção do SUS, universal, equânime e de qualidade, requerendo a formação de profissionais de saúde proativos e comprometidos, visto que os profissionais que ocupam cargos importantes de liderança ainda são escolhidos pelo critério de indicação e não de competências (FRANÇA *et al.*, 2017).

A dicotomia entre ensino e serviço pode contribuir para a ocorrência de conflitos e tensões entre trabalhadores da saúde e da educação dentro da instituição pelas diferenças e falta de consenso entre o currículo e a assistência, atuando como fator que fragiliza a educação permanente no serviço (BRASIL, 2015; FRANÇA *et al.*, 2017).

O papel das CIES de atuar na integração ensino/serviço, junto às Universidades e faculdades para que se integrem à realidade dos Serviços de saúde e às necessidades de saúde da população, ainda é incipiente. É preciso integrar as universidades e serviços, de modo que possam planejar em conjunto, identificando áreas prioritárias, os currículos necessários, elaboração de programas e projetos de ensino/aprendizagem (BRASIL, 2015; FRANÇA *et al.*, 2017)

As falas também refletem a angústia desses profissionais e o embate que travam com seus superiores diante da necessidade de educação, de avaliação e de regulação dos trabalhadores no serviço, frente à percepção da ausência de liderança na condução e gerenciamento das necessidades bem como a distribuição de recursos humanos insuficiente e os limitados mecanismos de fixação, manutenção e regulação desses trabalhadores nos serviços de saúde e a descontinuidade quando muda a gestão (OLIVEIRA, 2018).

O fenômeno da globalização permitiu avanços e propiciou novas percepções sociais sobre o trabalho e o trabalhador. A crise econômica que o país vem atravessando nos últimos dez anos tem afetado os trabalhadores da saúde, precarizando os vínculos, com exploração excessiva da força de trabalho dos indivíduos, exigência de maior produtividade e baixos salários, cujos reflexos são percebidos no interior dos serviços, com aumento do individualismo, intensidade nos conflitos, insegurança, excesso de afastamentos por doenças sociais e psicológicas, como stress crônico, exaustão e outras (AIKEN *et al.*, 2012; JIMENES NETO *et al.*, 2016).

A sobrecarga física e psicológica acarreta resultados negativos como acidentes e incidentes e baixa qualidade no serviço ofertado. Este sentimento generalizado e compartilhado, por sua vez, altera o comportamento do grupo no

interior das organizações, afetando o desempenho dos mesmos e o interesse em desenvolver/adquirir novos conhecimentos (AIKEN *et al.*, 2012; BRASIL, 2017; JIMENES NETO *et al.*, 2016).

4.3 O hospital - espaço de trabalho gerador de conhecimentos

A segunda categoria temática O hospital- espaço de trabalho gerador de conhecimentos destaca o hospital como uma organização de saúde e espaço de possibilidades de construção onde atuam diversos atores e ocorrem disputas de relações de poder. Ele é também espaço de processos de produção de saúde, de compartilhamento e diálogo, onde os profissionais, através da troca de conhecimentos e experiências, transmitem, num movimento ativo de ganha/ganha, novos saberes e novos fazeres, no encontro com o outro no cotidiano do trabalho (MERHY, 2015).

Os profissionais de saúde dividem esses espaços de trabalho, mas não favorecem os encontros, não compartilham com frequência os saberes e fazeres, persistindo a fragmentação do cuidado e contrariando a lógica do cuidado integral, trans e multidisciplinar.

Os processos de produção do cuidado que ocorrem nos serviços de saúde representam as oportunidades de trocas de conhecimento e experiências enriquecedoras porque contextualiza o momento educativo a cada situação de cuidado, seja pela percepção das dificuldades técnicas, relacionais ou de perfil, seja pelo sentimento de pouco reconhecimento ou de desvalorização do indivíduo, como podemos ver nas falas:

É questão de você adquirir respeito entre as pessoas do serviço [...] onde se eles se unissem, agregassem os conhecimentos, e assim o paciente realmente fosse o foco pra todos aqueles profissionais, assim eu acho que a gente ganharia mais. tem que ter o foco que é o paciente que eu vou cuidar e pra cuidar dele, eu preciso de saber várias situações. [E2]

[...] pegava todos aqueles fluxos de CCIH, de protocolos que a gente tem, lia o protocolo, perguntava se tinha dúvidas, [...] agora vem outro grupo, então inicialmente foi assim até que as pessoas começassem a entender e hoje eu digo: tem uma normativa nova, traga pra gente discutir e a gente colocar para todos. E aí a gente fazia o seminário de diabetes. Gente, qual é o assunto que vocês querem: hemorragia Digestiva? sonda nasogastrica? sonda nasoenteral? a importância das sondagens, né. Acesso periférico, as trocas, as normativas para que a gente pudesse ficar mais atualizada. Então a educação permanente da emergência é feita pela própria emergência [E4]

[...] ou então visse assim: Você vai concluir seu curso né. O que tem a ver o seu trabalho final com o que você está fazendo aqui? [...] Qual é a

contribuição não é, que o serviço pode dar para esse trabalho e você trazer também de retorno para o serviço. Porque é uma troca [E5].

De saber os problemas, de vir aqui discutir com a gente, ou negociar, planejar para educar, engajar na educação da equipe, traria vantagens se isso funcionasse, acho que uma equipe mais preparada e mais atuante, mais eficaz no que está se propondo a ser feito [E8].

Mas essa questão assim, de infecção, não é, porque a gente luta muito contra isso [...] aí já houve algumas vezes palestras, algumas formas de conscientização para tentar diminuir isso, a infecção; humanização também já teve várias vezes. O pessoal que trabalha aqui é bem carente dessa educação, assim, de receber orientação e não só cobrança, não só mostrar os defeitos, mas educar para melhorar. A questão de lixo mesmo [...]. Quase todo dia o pessoal vem fazendo as notificações que é que encontra de errado, o lixo no lugar errado; mas, teoricamente todo mundo sabe onde é que é pra ser jogado o lixo [E2].

A gente vê a questão de lavagem das mãos; a gente visa aqui o adorno zero. Você vê que a gente tenta fazer isso aqui, mas aí vem outros profissionais de fora que não estão aderidos a esse protocolo, assim, às vezes acontece a contaminação, a infecção; mas aí será que foi aqui, será que não foi outros profissionais, a gente vê muito paciente que vem do bloco cirúrgico que trazem, aí vem os médicos os enfermeiro [...] Cheios de relógios, cheios de anéis, com bolsas penduradas; a gente está aqui adorno zero, mas quando vem de lá, como é que está esse profissional; como estão esses profissionais na emergência, nas clínicas. Como estes profissionais estão? Precisam de educação [E9].

O hospital, como organização de saúde, se constitui um lócus privilegiado para ensino/aprendizagem ao provocar a formação individual e coletiva dos atores na produção do cuidado pelo próprio cuidado (MERHY, 2015).

As características destas unidades de trabalho contribuem ou não para propiciar o processo educativo. Sua cultura, sua gestão e o clima organizacional vigentes podem favorecer ou não as mudanças possíveis pela educação.

O hospital, onde os profissionais de saúde prestam assistência, é também um espaço gerador de conhecimentos, influenciado por aspectos microsociais, oriundos dos processos de produção do cuidado e pode transformar e agregar valor aos indivíduos e à sociedade (SEQUEIRA, 2014).

O desenvolvimento dos processos de trabalho em saúde tem exigido cada vez mais aperfeiçoamento e permanente renovação dos conhecimentos por parte dos trabalhadores da saúde, pela complexidade de conhecimentos e especificidades do cuidado em saúde (JESUS, 2011; MARQUES; PIOLA; ROA, 2016).

O cuidado em saúde é o núcleo do trabalho da enfermagem; é técnico e relacional, por isso é também o núcleo pedagógico central, visto que é no encontro com o outro, *o trabalho vivo em ato*, em que se realizam as trocas e a produção do

saber. Os profissionais de enfermagem reconhecem a importância do hospital como espaço de articulações e de demandas educativas porém não lhes parece claro o seu papel como educador (MERHY, 2015).

Pelo exposto, podemos observar o conjunto de forças que surgem no cotidiano do trabalho, interferindo, gerando conflitos e tensionando os serviços.

Este mesmo conjunto de forças que representa a micropolítica do trabalho em saúde na relação cuidadora, pode, por meio da educação, romper o distanciamento e a relação hierárquica entre educador/educando e promover o acolhimento, a escuta, o fortalecimento dos vínculos e a intersubjetividade, numa condição de verdadeira aprendizagem em que os educandos vão se transformando em reais sujeitos de construção e reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo, contribuindo para uma atenção integral e integrada aos preceitos do SUS (FREIRE, 2015; PEIXOTO *et al.*, 2013; PINHEIRO, 2015).

4.3.1 A atuação do Núcleo de educação permanente no hospital

Com a NOB-RH e a criação da SEGTES em 2003 e o avanço da descentralização, a política de recursos humanos em saúde vem, ao longo do tempo, buscando atender as demandas e recuperar a valorização do trabalhador e regular suas relações de trabalho; no entanto, os últimos anos vem testemunhando um grande desafio para a gestão de pessoas para enfrentar os problemas que se impõem ao setor.

Para atender aos preceitos da política de RH no hospital, em 2007 foi criado o setor de Educação permanente, (atualmente Núcleo de Educação Permanente, NEP) antes subordinado ao setor de Recursos Humanos, agora Gestão de Pessoas.

Os núcleos de Educação Permanente são setores responsáveis por organizar e executar ações pedagógicas nos serviços de saúde.

Tem como premissa desenvolver atividades de ensino – aprendizagem ao promover a educação continuada e permanente voltadas para os profissionais de saúde das instituições, melhorando a sua formação, através da reflexão a partir dos processos de trabalho e está fundamentado na Lei 8080/1990 e na Portaria 1996/2007.

Considerado setor de apoio, está ligado diretamente à gestão e sua chefia é considerada peça chave para cumprimento da política de educação permanente na instituição.

O núcleo de educação permanente (NEP) no HAM foi estruturado entre 2007 e 2009 conforme relato verbal de uma enfermeira entrevistada e que no período era gerente de enfermagem; segundo a mesma, no início eram três enfermeiras contribuindo com a coordenação do programa de Residência em enfermagem e, à medida que foram saindo não foram substituídas.

Esse Núcleo está subordinado diretamente à Diretoria Geral do hospital e atualmente é representado por um enfermeiro apenas, que é responsável pela educação e pela coordenação da residência de enfermagem, juntamente com uma secretária que auxilia nos processos.

A atual chefia do setor possui formação condizente com o cargo que ocupa (mestrado em Educação), porém, a estrutura deficitária em profissionais constitui uma fragilidade do setor para dar andamento à execução da política.

No momento, o desenho administrativo do Núcleo está sendo estruturado para operacionalizar o desenvolvimento dos trabalhos relacionados à formação profissional e permanente em saúde no hospital, com seleção interna de profissionais que tenham interesse em desenvolver ações de educação com os trabalhadores do hospital.

Possui estrutura física adequada, funcionando em uma sala própria, com computador, mesa de reuniões e armários para arquivo.

A pesquisa documental ocorreu nos arquivos do NEP, não sendo encontrados documentos comprobatórios de formação do Núcleo nem de nomeação de liderança. Não foram encontradas atas de reuniões realizadas pelo Núcleo.

Foram encontradas listas de treinamentos propostos e que representam demandas dos setores de Emergência geral, Maternidade e da Cardiologia para atualizações, capacitações, treinamentos e cursos de curta duração, referentes aos anos de 2009 a 2013 e 2015. Foram encontradas também listas de frequência de profissionais de enfermagem em eventos comemorativos e participação em palestras e cursos de curta duração.

Esses documentos se encontravam em pastas avulsas sem ordenação por data ou período; outros são cópias de relatórios enviados anualmente à SES com citação de cursos e oficinas realizadas, os setores demandantes e o número de participantes.

Constava também algumas solicitações de treinamentos, requisições de material para cursos como pastas, canetas e papel para impressão de certificados. Não foram encontrados planos ou planejamento para atividades desenvolvidas ou a serem desenvolvidas.

A enfermeira do setor referiu que são feitos solicitações de treinamentos, mas o Núcleo não consegue atender a todos:

As solicitações vem por escrito. A gente pede que venha por escrito, né, porque por fala, corredor, você se perde. Quando tem um papel ali a gente está olhando sempre esses papéis, a gente coloca como pendência e vai está vendo o que é que ainda tem pendente né, a gente tem um quadro, fez um quadro de ações pra está sempre assim, quais são os temas que vão ser trabalhados, pra gente está sempre visualizando e vê o que está faltando, ações que são palestras mesmo que são promovidas pela educação permanente. Porque Tem uns cursos que a educação permanente só dá o apoio. Não promove. Por exemplo, vai ter um curso de reanimação em gestante, quem está promovendo é o programa... O projeto de redução de mortalidade materna [E7].

A programação de ações educativas, palestras e atualizações a serem realizadas são divulgadas em forma de convite e afixadas nos quadros de aviso localizados perto dos elevadores em cada andar do prédio e os que desejarem participar preenchem uma ficha de inscrição na sala do Núcleo de Educação Permanente.

O quadro 7 traz um consolidado das atividades educativas organizadas pelos setores, descritas em relatórios que foram enviados à SES pelo Núcleo de Educação Permanente do Hospital entre os anos de 2009 e 2015:

Quadro 7– Atividades educativas desenvolvidas pelo Núcleo de educação permanente do HAM

Ano	Atividades/quantidade	Metodologias utilizadas	Público alvo	Setor	Organizador
2009	Palestra (15) Capacitação (01) Treinamentos (03) Atualização (03)	Aulas expositivas Aulas práticas oficinas	Enfermeiros e residentes de enfermagem e técnicos de enfermagem	Maternidade e UTI neonatal Centro Obstétrico	-Maternidade da Neonatologia -CCIH -Coren
2010	Palestra (02) Capacitação (02) Treinamentos (05) Atualização (03) Cursos (05)	Aulas expositivas Aulas práticas Oficinas de prática Treinamentos Discussão em grupos	Enfermeiros e residentes de enfermagem Trabalhadores do hospital técnicos de enfermagem Equipe multiprofissional de saúde	Maternidade e Centro obstétrico Clinicas e Unidades de cuidado intensivo Setor de emergências	-Consultoria privada -Medicina fetal -Gerencia de enfermagem Empresa B. Braun -Sociedade Brasileira de Pediatria - Banco de leite humano
2011	Palestra (07) Capacitação (02) Treinamentos (06) Atualização (01) Cursos (02) Oficinas (02) Workshop (01)	Aulas expositivas Aulas práticas Oficinas de prática treinamentos	Técnicos de enfermagem Enfermeiros Equipe multiprofissional de saúde	Maternidade e Centro obstétrico Clinicas e Unidades de cuidado intensivo Setor de emergências	-Núcleo de saúde mental -Sociedade Brasileira de Pediatria -Núcleo de educação Permanente - CCIH - Empresa privada
2012	Palestras (09) Capacitação (03) Atualização (01) Cursos (03) Encontro (01)	Aulas expositivas Aulas práticas Oficinas de prática e elaboração colaborativa Apresentação de filme com discussão Teleconferências Vídeo aulas	Enfermeiros e residentes de enfermagem Trabalhadores do hospital técnicos de enfermagem Equipe multiprofissional de saúde	Clinicas e Unidades de cuidado intensivo de emergências Unidade Canguru	-Núcleo de saúde mental -CCIH -Serviço de engenharia -Hospital Sírio Libanês -Empresa privada
2013	Palestras (10) Capacitação (01) Treinamentos (01) Atualização (01) Cursos (02) Oficinas (02) Simpósio satélite (02)	Aulas expositivas Aulas práticas Oficinas de prática Treinamentos Construção coletiva palestras	Enfermeiros e residentes de enfermagem Trabalhadores do hospital técnicos de enfermagem Médicos e residentes de medicina	Clinicas e Unidades de cuidado intensivo Setor de emergências	-Núcleo de segurança do paciente -Núcleo de saúde mental -Hospital Sírio Libanês -Empresa privada -CCIH
2015	Palestras (07) Capacitação (01) Treinamentos (03) Cursos (04) Oficinas (03)	Aulas expositivas Oficinas de prática Treinamentos Discussão em grupos	Enfermeiros e residentes de enfermagem técnicos de enfermagem	Maternidade e Centro obstétrico Clinicas e Unidades de cuidado intensivo Setor de emergências	-Conselho gestor -Laboratório de práticas -CCIH -Núcleo de segurança do paciente -Núcleo de saúde mental

Fonte: A autora, 2019

O profissional que atua no Núcleo de Educação Permanente constitui-se num agente de mudanças cujo papel tem relevância na medida em que estimula a integração e o desenvolvimento dos profissionais da unidade de saúde, com a responsabilidade de organizar e elaborar junto aos profissionais do serviço, com base

nas necessidades levantadas, o planejamento de ações educativas, buscando o apoio da gestão (LIMA; ALBUQUERQUE; VENCESLAU, 2014) .

Os projetos pedagógicos que atendam às necessidades locais devem ser construídos coletivamente, nos espaços de trabalho onde as pessoas conversam, discutem, falam sobre seus dilemas e conflitos e se encontram, do contrário, se reproduzirá uma educação engessada ou nem acontece a educação (STROSCHEIN; ZOCCHÉ, 2012).

O Núcleo de Educação Permanente é uma instância administrativa que atua junto à gestão como facilitador das ações educativas, aquele que integra as demandas e necessidades e, junto aos trabalhadores, planeja, executa, analisa e avalia, num processo contínuo de construção e reconstrução das ações educativas (LIMA; ALBUQUERQUE; VENCESLAU, 2014; STROSCHEIN; ZOCCHÉ, 2012).

Podemos concluir que há uma fragilidade no núcleo, visto que a realização de uma educação permanente nos espaços de trabalho precisa do apoio desse setor para enfrentar as dificuldades e motivar os trabalhadores a aderir ao processo educativo, questionando-os todo tempo sobre suas necessidades e dificuldades, envolvendo-os e incentivando-os a contribuir com seus conhecimentos e experiências para o crescimento coletivo.

Observamos que a falta de planejamento e de gestão do cuidado interfere na integralidade desse cuidado, uma vez que o planejamento envolve o uso de recursos, sejam materiais, humanos ou organizativos, o que significa dizer que todos os setores do hospital e todos os trabalhadores nele inseridos precisam conhecer o planejamento, seja das ações assistenciais, seja das ações educativas, para que possa adotar as ferramentas e dispositivos necessários a um cuidado com qualidade, de modo que também contribua com a reorganização do planejado e o processo do cuidar ocorra satisfatoriamente.

Outro fator essencial é uma liderança participativa, compartilhada. A base de uma gestão participativa são as relações construídas no interior dos serviços, que são espaços de construção de identidades, com a formação de laços e fortalecimento da cultura institucional. O diálogo e o envolvimento de todos os níveis da gestão possibilitará que todos trabalhem integrados e unidos no objetivo de vencer desafios, reduzir conflitos e na busca dos resultados almejados pela organização.

4.4 O diálogo como mediação entre cuidar e educar

A Categoria o diálogo como mediação entre cuidar e educar procura discutir o papel do enfermeiro como educador e mediador entre o conhecimento e a prática da educação no trabalho e assim atender ao quarto objetivo.

Como visto anteriormente, o hospital, como todo serviço de saúde se constitui num espaço de ensino/aprendizagem ao agregar os atores sociais com seus conhecimentos, as tecnologias e inovações tecnológicas.

A interação dos atores por meio do conhecimento promove a construção social ao modificar os comportamentos e as práticas, individuais e coletivas; por sua vez, as tecnologias e inovações funcionam como molas propulsoras para novos conhecimentos e criação de valores, num ciclo ascendente de criação destes novos conhecimentos, produtos e serviços.

O enfermeiro como educador e mediador do processo educativo precisa avaliar constantemente sua atuação e suas relações de trabalho e o contexto em que atua. A importância de construir uma gestão participativa e horizontalizada é que permitirá o envolvimento de todos os níveis da gestão, de modo que possam trabalhar integrados e unidos para vencer os desafios e alcançar os resultados desejados pela organização.

No caso da enfermagem, seu processo de trabalho ainda mantém a lógica da organização capitalista do trabalho, com forte divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual; neste modelo, o Enfermeiro centraliza o poder e o saber, delegando atividades parcelares aos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, numa clara demonstração de poder e de domínio da concepção do processo de trabalho da Enfermagem, dificultando a gestão compartilhada e promovendo o distanciamento e o pouco envolvimento dos membros da equipe.

Aliado à ausência de uma gestão compartilhada e de uma cultura de responsabilidade, há uma limitação da percepção do papel do enfermeiro, da missão, visão e valores da instituição, o que por sua vez, impede a motivação externa e o bom desempenho, levando os profissionais de Enfermagem, de um modo geral, a fazerem o estritamente necessário, com grandes conflitos intra equipe de enfermagem, numa disputa de poder que inibe a coesão do grupo e aumenta as tensões sociais em função das oposições internas ao grupo:

Hoje em dia eu percebo que...não é isso... isso é de uma forma muito leve, muito sutil, por exemplo, eu não vejo nada voltado para o profissional, de enfermagem para treinamento, quer dizer, eu to sendo até injusta tem alguma coisa, mas aquela coisa mais assim, os residentes vão apresentar tal assunto, mas você não sente aquela coisa realmente pré estabelecida, formalizada, direcionada para o enfermeiro, para o técnico de enfermagem, entendeu, a enfermagem não se sente habilitada [...] E quando você... aí você vai às vezes questionar, pedir a um médico, 'olha está acontecendo isso' [...] "não, não sou eu. quem está no horário é dr. Fulano de tal". Então você percebe que ele se omite pra um atendimento porque o horário não é dele. isso é maioria [...]. Então é uma coisa que cansa a gente, né [E2].

Não adianta a gente querer começar alguma coisa sem ter eles envolvidos [...] um dos primeiros desafios que eu vejo são eles assim, incorporarem né, realmente como um profissional educador em serviço [E4].

Uma coisa que eu questiono aqui nesse hospital é o seguinte: As coisas são feitas e são repassadas só para as gerencias, [...]Então quando você tem fóruns, linhas de cuidado reuniões, você passava com mais cuidado esses conteúdos, hoje em dia as gerencias recebem as informações e elas tem de repassar. Mas não é a mesma coisa que você está em uma sala com discussão daquela problemática, daquele fluxo ou daquele protocolo, que vai ser criado, ou daquele trabalho que vai ser criado para que essas pessoas possam se envolver. Entendeu. você não agrega as pessoas a esse mesmo trabalho, porque você não passa. Você não deixa esta pessoa estar inserido nesse mesmo processo. Porque você não chama essa pessoa. Quando você chama, você insere a pessoa ao processo e, ela entende como é esse processo, aí sim... [E5]

a gente não consegue educar, praticar a... passar o ensinamento, a educação permanente dentro da unidade [E7]

de saber os problemas, de vir aqui discutir com a gente ou negociar, planejar para educar, engajar na educação da equipe, não foi feito, as vantagens, se isso funcionasse, acho que uma equipe mais preparada e mais atuante, mais eficaz no que está se propondo a ser feito. Porque se existisse uma cultura de que aqui é um serviço público e que a gente tem que fazer o nosso melhor para o paciente... [E8].

Na perspectiva das relações de trabalho no interior dos serviços e da subjetividade dos indivíduos, ou a sua forma de trabalho no dia a dia, a comunicação constitui também um desafio; embora esses trabalhadores estejam sujeitos a normas e rotinas e atos prescritivos burocráticos, atuam com certo grau de autonomia e liberdade, não se sujeitando e nem se conformando de todo ao modo prescrito; ao contrário, são eles que conformam o modelo institucional e seus fluxos (BRASIL, 2017).

A comunicação interna para alcançar os resultados satisfatórios deve ser vertical, ascendente e descendente e horizontalmente instituídas. Uma comunicação forte gera um ambiente forte por criar vínculos e um sentimento de pertencimento ao grupo também forte, o que, por sua vez, desenvolve e solidifica a rede interacional,

com objetivos comuns e preocupações comuns. Este envolvimento horizontalizado das lideranças promove maior convencimento nos profissionais e maior assertividade em participar dos processos e projetos da instituição. Reter informação para deter o poder compromete a eficácia e a eficiência porque cria insegurança entre os trabalhadores.

O sentimento de pertencimento ao grupo gera confiança e interação cooperativa, melhorando as relações interpessoais e a comunicação. O **apoio** provido pela interação, serve de sustentação às intervenções porque articula interesses, saberes e os recursos necessários aos trabalhadores e usuários do serviço, reduzindo ou resolvendo mais facilmente os conflitos; propicia por sua vez, um sentimento de identidade com o local de trabalho, o **reconhecimento** e o **sentir-se valorizado**, gerando satisfação, melhorando o clima organizacional e impulsionando esse trabalhador a dar o seu melhor e a partilhar com outros o seu saber (BRASIL, 2017).

O enfermeiro enquanto educador, responsável pela educação de sua equipe, paciente e familiares, se utiliza da palavra, do diálogo para desenvolver as habilidades cognitivas que cria valores e valoriza a excelência das ações de cuidado, alcançando assim, a melhoria na qualidade da assistência, maior segurança para trabalhadores e pacientes e contribuindo para um processo contínuo de melhoria do cuidado (FREIRE, 2015).

Desse modo, não é possível dissociar o cuidar do educar; o **cuidado**, em Enfermagem, constitui seu objeto de trabalho. Segundo Almeida e Rocha (1996), o cuidado assume formas diferenciadas de acordo com a cultura, o contexto, o gênero, a religião; também é influenciado e modificado pela evolução tecnológica. Para Boff (1999, p.91), o cuidado significa “desvelo solicitude, diligencia [...] diante de uma atitude fundamental [...] mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro”.

O cuidado de saúde em Enfermagem envolve ações e atitudes que contribuem para a promoção, recuperação e reabilitação das condições de saúde das populações; podem ser individuais ou coletivos (WALDOW, 1998). Por sua vez, educar, é possibilitar aos sujeitos construir-se no mundo, através das interações com outros, que influenciam e são influenciados, numa relação dialética e dialógica, em movimentos dinâmicos, complexos e ascendentes (FREIRE, 2015).

O enfermeiro, mediador entre o cuidar e educar, cria, através do diálogo, as condições para promover o desenvolvimento do ensino/aprendizagem por instigar a curiosidade, os questionamentos e despertar o interesse pela busca de soluções

possíveis a esses questionamentos. A intencionalidade das ações do educador permite que ele organize os espaços de aprendizagem, ofereça os meios e crie condições de acesso ao conhecimento a outros atores sociais, trabalhadores e usuários do serviço (FREIRE, 2015).

4.5 Ressignificação do cuidado de enfermagem pela educação permanente

A categoria ressignificação do cuidado de enfermagem pela educação permanente enfoca a EPS como estratégia de aprendizagem significativa e disseminação da capacidade pedagógica no setor; parte da apropriação da realidade vivenciada por todos, da intencionalidade dos atores envolvidos e de suas relações nos espaços de trabalho.

As dificuldades descritas refletem os desafios de se desenvolver ações educativas nos espaços de trabalho como também deixa evidentes as limitações que os profissionais de saúde, notadamente os enfermeiros enfrentam para prestar um cuidado integrado e aplicar o que aprendem.

Ficou claro que reconhecem a necessidade de educação para os trabalhadores do serviço bem como o seu interesse em melhorar a educação e aprender novos modos de fazer e se relacionar que resultem em mudanças atitudinais.

Em suas falas identificamos a visão sobre educação e educação permanente/continuada; a importância de o enfermeiro se envolver no processo educativo como forma de facilitar as mudanças necessárias a uma assistência de qualidade e uma necessidade de maior integração entre os membros da equipe e com outras categorias profissionais, de modo que possam alinhar as ações individuais e coletivas com os princípios que as orientam.

As ações educativas precisam estar em consonância com as necessidades identificadas e com as situações não conformes para que alcance as mudanças organizacionais requeridas.

Os depoimentos trouxeram à tona a falta de envolvimento nas tomadas de decisões e no planejamento do processo de educação permanente/continuada para suas equipes, evidenciando também o desconhecimento como uma das razões para a baixa adesão aos processos.

Em alguns depoimentos os enfermeiros referem que não existe um planejamento para acolhimento de novos trabalhadores e que recebem pouco apoio

para participar de programas de aperfeiçoamento fora da instituição quando estes interferem na dinâmica escalar pelo déficit de pessoal; com o levantamento em documentos do Núcleo não encontramos documentos referentes a diagnóstico de necessidades nem planejamento de ações educativas para profissionais do hospital.

Ainda no levantamento documental do núcleo de educação ficou evidente nas planilhas de cursos que as programações de ações de educação eram dirigidas a profissionais de enfermagem majoritariamente e por demanda de alguns setores, sendo os próprios setores os organizadores das ações em parcerias com laboratórios e entidades de classe como o Coren, a Sociedade Brasileira de Pediatria e consultoria privada.

A ausência de participação do Núcleo de educação permanente é justificada por alguns entrevistados como falta de profissionais no setor, limitando sua atuação e um deles refere que até desconhece os profissionais do setor:

A enfermeira da educação ela só tem uma enfermeira; ela não tem condições de abraçar a causa por conta da falta de pessoal no setor. Eu entendo que ela não consiga abraçar a causa. Eu não consigo ter treinamento porque quem é da educação permanente não consegue chegar a mim, então hoje a educação permanente é muito importante porém ela é muito restrita, ela não tem pernas para isso [E4].

Aí eu acho que também tem uma fragilidade do serviço de educação permanente, de não fazer essa ação pedagógica, né, incentivar, empoderar os profissionais a fazer o seu papel de educador. Isso. Eu acho que também tem a fragilidade de os serviços de educação permanente não estarem, é... como dizer, sensibilizando, não é, todos os profissionais né, os enfermeiros, não só os enfermeiros, a educação permanente ela é pra trabalhar com todas as profissões. Mas infelizmente, por exemplo, aqui, a gente só tem um enfermeiro [...] A educação permanente daqui não tem funcionário suficiente pra está fazendo esse trabalho de educação, de ensino e aprendizagem. Não tem [E6].

Nem conheço quem é do Núcleo de educação na verdade; eu não vejo uma atuação da educação continuada, aqui não, pelo menos aqui no setor. Quando tem um pouco de treinamento, que tem, é sempre direcionado pra enfermagem ou pela enfermagem; mas raramente você vê algum outro tipo de profissional, de outras equipes promoverem a educação [E8].

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2018), educação permanente e continuada são fundamentais para a melhoria da qualidade da assistência à saúde. A educação permanente é parte de uma política global de formação e qualificação de profissionais para o SUS, buscando romper com estruturas rígidas, verticalizadas e fragmentadas, de modo que as decisões sejam tomadas por quem as executa, fundamentadas no levantamento de necessidades locais e na consciência do

compromisso com outros profissionais e usuários, de forma integralizada (CAVEIÃO; MONTEZELI, 2013).

A educação permanente em saúde conduz à transformação do processo de trabalho pela conscientização dos indivíduos, de suas potencialidades e limitações, dinamizadas na relação com outros profissionais, construindo novas relações de trabalho e melhorando a qualidade da atenção e assim, dando nova conformação aos espaços organizacionais. O papel mediador do enfermeiro educador pode ser entendido como uma participação intencional nas experiências de aprendizagem do outro para desenvolvimento mútuo (GOIS, 2001).

Como produto do momento histórico, da cultura e do ambiente em que vive, o enfermeiro pode colaborar com o desenvolvimento social e cultural no seu espaço de trabalho, por propor atividades dirigidas, levantar discussões para resolver e contornar situações que surjam, onde interesses conflitantes estejam em jogo e induzindo o grupo à reflexão como mediador e facilitador das trocas.

O enfermeiro mediador deve estar no centro da rede de decisões para que possa mobilizar os trabalhadores à troca de conhecimentos que promovam mudanças individuais e coletivas que repercutam nos processos de trabalho (CAVEIÃO; MONTEZELI, 2013; GOIS, 2001).

A prática da educação permanente nos espaços de trabalho visa a promoção de novos sentidos e significados ao trabalho em saúde e ao trabalhador; parte das situações do cotidiano do trabalho e das visões dos atores envolvidos, num cenário comum a todos, o que permite olhar as ações sob diferentes ângulos e possibilidades, com diferentes visões das situações vividas, levando à experimentação e reflexão coletivas, resultando em momentos de integração de saberes e experiências, desenvolvendo assim o aprendizado coletivo de conhecimentos e valores em permanente transformação e onde esses atores são protagonistas do seu próprio processo de aprendizagem, fortalecendo as relações e a capacidade de enfrentar suas próprias limitações.

As características da unidade de trabalho contribuem ou não para propiciar a educação permanente, assim como sua cultura e sua gestão, que podem favorecer as mudanças possíveis pela educação.

O quadro 8 faz um paralelo entre as características desfavoráveis e favoráveis ao desenvolvimento da prática de educação permanente nos espaços de trabalho em saúde:

Quadro 8-características favoráveis / desfavoráveis para promoção da EPS na instituição

Cultura da instituição	Características desfavoráveis	Características favoráveis
Liderança	Gestão verticalizada, rígida e unidirecionada	Gestão horizontalizada, compartilhada e multidirecional, baseada na cooperação e autoridade negociada
Identidade	Individualista, com pouca troca de informações e centrada no Eu	Coletiva e social, planejada para problematizar as práticas e resoluções de problemas
Relações de profissionais no trabalho	Individualista, com pouca troca de informações e discussões sobre o trabalho	Coletiva e cooperativa; projetos e empreendimentos comuns e socializados
O hospital como local de trabalho	É apenas o local de trabalho e de cumprimento de ordens e obediência às normas	Responsabilidade com a equipe e a coletividade, motivando a desenvolver competências para resolução de problemas

Fonte: A autora, 2019

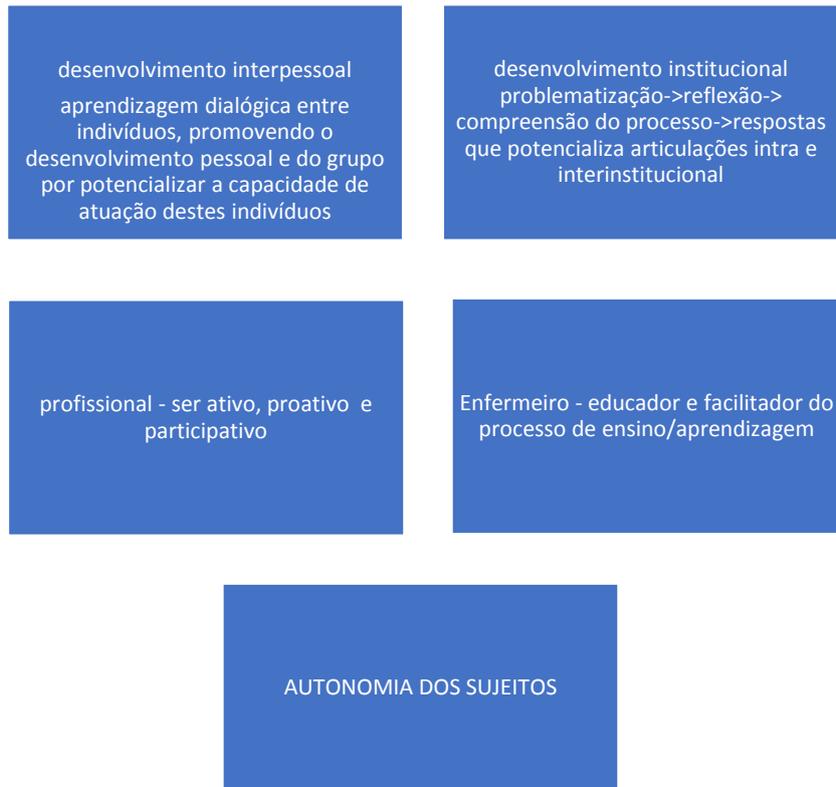
Para a ressignificação do cuidado é importante refletir em ações que contribuam para o enfrentamento dos problemas/desafios no cotidiano do trabalho:

- a) Criar espaços para diálogo entre os profissionais de saúde que possam desencadear mecanismos de troca de conhecimentos e sugestões que ajudem a enfrentar a complexidade dos problemas nos espaços de produção do cuidado;
- b) A partir da criação dos espaços, discutir os problemas e sua complexidade e reconhecer nos atores sua capacidade de respostas, reconhecendo os saberes e agregando estes diferentes saberes para a solução de problemas de modo que produzam novos conhecimentos transformadores das práticas, ao passo que se constrói também negociações para administração dos conflitos;
- c) Estes espaços de diálogo também contribuirão para monitorar e avaliar continuamente as ações e seus resultados, ressignificando os processos de trabalho e de educação permanentemente.

Ressignificar o cuidado através da educação permanente em saúde é promover o desenvolvimento interpessoal por meio de uma aprendizagem dialógica e dialética, potencializando a capacidade dos atores, mestres-alunos e alunos-mestres, tornando-os autônomos, que por sua vez contribuirão para uma instituição de saúde apta a dar respostas.

A figura resume o que se busca alcançar com a Educação Permanente nos espaços de trabalho em saúde:

Figura 4- Propósito da EPS nos espaços de trabalho em saúde



5 CONCLUSÃO

No contexto do hospital, cenário do estudo, quanto aos desafios à educação permanente enfrentados pelos profissionais de enfermagem, foram observados problemas na efetivação e ações educativas por parte dos enfermeiros quanto a mudanças nas práticas de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Na percepção atual dos enfermeiros são muitos os desafios interferindo nos processos educativos e de trabalho tais como a limitação na liderança

participativa e compartilhada, levando esses profissionais a se sentirem pouco representados nas suas reivindicações e em obter as respostas. O modelo atual de gestão centralizada, dificulta a educação permanente nos espaços de trabalho. Sentem os líderes distanciados; para eles, uma das causas de Individualismo, por não se sentirem apoiados e acolhidos. Este distanciamento das lideranças causa incertezas e falta de compromisso, gerando resistência às mudanças.

A sobrecarga de trabalho e o acúmulo de funções, bem como as cobranças distancia o enfermeiro de sua posição de liderança, levando-o a também se distanciar de seu papel como educador da equipe, impedindo que possíveis mudanças venham a ser implantadas.

Um outro ponto que mais chamou a atenção foi o clima organizacional do serviço. Os atritos como consequência da falta de diálogo entre categorias profissionais estabelece um campo de forças antagônicas onde todos saem perdendo, num cenário de atuação com saberes fragmentados e permeado de relações de poder, onde os espaços de trabalho não são utilizados para fortalecer o coletivo; mesmo com ações educativas pontuais e relevantes, esses enfermeiros reconhecem que existe questões administrativas que interferem na aplicação dos conhecimentos adquiridos.

Os enfermeiros são conscientes da necessidade de educação, alguns confundindo o entendimento sobre educação continuada e permanente, mas reconhecendo sua importância para o aprendizado, se utilizando de estratégias como apresentação de filmes, leitura de protocolo, de normas e rotinas, discussão de casos e de óbitos na instituição para o aprendizado coletivo.

Percebemos também que, por associarem o processo educativo a sala de aula, a palestras e seminários não se dão conta do seu papel enquanto educador no/do/pelo

processo de trabalho e que esses momentos de troca representam momentos educativos e de interações, que fortalecem as relações ao passo que promovem transformações pela prática reflexiva no cotidiano do trabalho.

Vale destacar a falta de vinculação do setor de educação permanente com os diferentes setores do hospital para diagnosticar e planejar ações educativas que venham a contribuir com mudanças no trabalho de saúde e nas relações sociais e de trabalho no serviço.

As ações educativas quando promovidas são direcionadas prioritariamente à enfermagem e pela enfermagem, alcançando uma área profissional específica, reforçando a fragmentação e compartimentalização do cuidado.

A falta de interação entre equipes dificulta o planejamento e a gestão do cuidado, o que por sua vez, interfere na integralidade deste cuidado, pois o planejamento envolve o uso de recursos, sejam materiais, humanos ou organizativos, o que significa dizer que todos os setores do hospital e todos os trabalhadores nele inseridos precisam conhecer o planejamento para que possa adotar as ferramentas e dispositivos necessários a um cuidado com qualidade, de modo que também facilite a reorganização do planejado e o processo do cuidar ocorra satisfatoriamente.

Sendo a educação permanente uma ferramenta que possibilita as mudanças de práticas, cabe aos gestores, por meio da liderança participativa e compartilhada trabalhar junto às equipes, fomentando a interação e a mudança de paradigmas através da educação permanente e continuada. Significa dizer que levará tempo o processo de mudança cultural e social nas relações de vida e de trabalho em serviços cujas práticas são hegemônicas e cristalizadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a Educação Permanente em Saúde como uma ferramenta de mudanças sociais e de cuidar da saúde, na busca do cuidado integral, este estudo teve por objetivo analisar o papel do Enfermeiro como educador bem como os desafios enfrentados na prática da educação permanente e assim entender qual o conhecimento do corpo de enfermagem do Hospital Agamenon Magalhães sobre Educação Permanente em Saúde como ferramenta para melhoria da assistência hospitalar.

Vivemos hoje na sociedade da informação. Os conhecimentos e as informações mudam e se renovam frequentemente. A velocidade com que eles nos chegam modificam com a mesma velocidade as formas de produção e de apropriação de saberes e fazeres, exigindo rápidas adaptações. A educação tradicional, centrada no professor e no ensino, na transmissão de conhecimentos, não dá conta de fazer jus às transformações sociais experimentadas pela sociedade; por outro lado, a educação participativa e social, ajuda a pensar criticamente a partir dos problemas e crises que se apresentam no cotidiano e são encaradas e enfrentadas como oportunidades de construção e transformação do coletivo.

A questão da formação de recursos humanos para a saúde persistiu durante todo o processo de implementação do SUS a despeito de forças contrárias à valorização do trabalhador de saúde como fator essencial à consolidação do Sistema.

O contexto político e econômico do país nos últimos anos tem introduzido novas demandas e tem requerido um reordenamento dos modelos de produção. O mercado de trabalho se tornou mais exigente, com novas relações e vínculos de trabalho, dando luz a um novo desafio para o pleno desenvolvimento da EPS.

Os estados e municípios têm procurado vencer os desafios impostos pelo modelo econômico capitalista aliado com os desafios da globalização; têm buscado a melhoria contínua quanto aos aspectos técnicos de melhoria dos processos pedagógicos e administrativos e quanto aos aspectos econômicos de financiamento e assim vencer as dificuldades regionais.

Para construir saberes é importante que todos, sociedade, profissionais, gestores, Instituições de ensino e de serviço estejam integrados e integrem o mundo da educação e do trabalho, para juntos, construirmos as mudanças necessárias na formação dos trabalhadores.

Neste trabalho foi possível observar como se materializam nas relações da equipe e com os usuários, o conceito de educação permanente. Da pesquisa emergiram a relação de gestão de pessoas, verticalizada e com pouco envolvimento das lideranças com os profissionais da ponta; das limitações de planejamento e comunicação entre os membros das equipes e da participação incipiente do Núcleo de educação permanente.

Considerando a produção do cuidado e a complexidade das ações de gestão do cuidado nesse contexto desafiador e considerando que a coordenação dos distintos atores organizacionais com seus diferentes interesses na maioria das vezes antagônicos, com seus saberes próprios no desenvolvimento de suas atribuições, observa-se como são primordiais as estratégias de EPS para o fortalecimento e ampliação da capacidade de atuação desses profissionais e como estratégia de melhoria dos processos de trabalho.

Promover a integração ensino, serviço, ciência e tecnologias tem se mostrado um grande desafio ao longo dos quase 30 anos do SUS. E é relevante a importância da Educação Permanente em saúde dos trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, inclusive do HAM, por promover a organização do trabalho e do trabalhador, auxiliar na administração de conflitos e a valorização desses trabalhadores.

Nesta percepção, concordo com Vieira (2007; p.06) que considera a “qualificação do trabalho como uma relação social complexa que varia, portanto, conforme a época e não apenas em função de aspectos técnicos e de organização do trabalho”.

A observação e a percepção do meio, no interior dos serviços de saúde, favorecem o espírito crítico e reflexivo que instiga a busca de soluções que deem conta das mudanças de práticas necessárias a uma atenção integral e integrada aos preceitos do SUS e por permitir sua porosidade, sua capacidade de absorver as mudanças ao passo que promove também mudanças nos/dos processos de trabalho em saúde.

Cabe neste momento ressaltar que o conteúdo das entrevistas revelou não só a atuação dos enfermeiros como educadores e suas limitações e desafios, mas também seu processo de trabalho fragmentado e compartimentalizado.

Assim, se espera que o Enfermeiro educador no HAM compreenda sua função instigadora e desafiadora ao criar oportunidades para o crescimento da enfermagem,

pelo confronto do instituído, em busca da liberdade e autonomia, numa postura participativa para alcance de resultados coletivos.

Como profissionais, desenvolva um cuidado de qualidade, fundamentado nos processos teóricos e que seja capaz de refletir em suas práticas, promovendo a reflexão e mudanças nos processos de trabalho pessoal aliado à capacidade de motivação da mudança no outro.

Que seja capaz de, numa gestão partilhada e integrada, planejar, organizar, executar e avaliar os processos de educação e de trabalho sob sua responsabilidade, de modo a intervir e contribuir com as mudanças necessárias ao ambiente e equipe, promovendo a autonomia e o desenvolvimento pessoal e social;

Que seja ético, agindo com integridade e honestidade; tenha respeito ao próximo; que exerça a autocrítica com base na autoanálise pessoal e profissional.

Que seja capaz de usar os recursos disponíveis para criar oportunidades de educar e se educar e promover as discussões e reflexões, estimulando o debate, a pesquisa e a troca de conhecimentos, articulando com o coletivo para orientar os processos de cuidar intra e interprofissional, buscando sempre desenvolver o autoconhecimento e suas potencialidades, de modo a contribuir com o crescimento do corpo de Enfermagem e do Serviço.

O enfermeiro mediador deve atuar como o maestro que rege a orquestra sem descuidar dos sons, com o olhar atento aos atores e seus instrumentos, visando à harmonia para a música perfeita.

O estudo permitiu construir um plano de intervenção visando a colaboração com o núcleo de educação permanente do hospital em desenvolver ações educativas e ao mesmo tempo inserir os enfermeiros do hospital nas atividades de educação com o objetivo de fortalecer a atuação destes enfermeiros junto às suas equipes.

O estudo não esgota as possibilidades de novas pesquisas e a análise apresentada pode ser discutida e avaliada, de modo a construir e contribuir com alternativas de melhorias visando o fortalecimento do cuidado no hospital. Espera-se também que contribua para o debate, instigando e ampliando a capacidade de produção de novos estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Selma Regina de; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein; LANZONI, Gabriela Marcelino de Melo. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 373-381, 2011.
- ANTONELLO, C. S.; GODOY, A. S. **Aprendizagem Organizacional no Brasil**. Porto Alegre: Bookman, 2011.
- ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do trabalho, ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2003.
- ARAÚJO, Juliane Cunha *et al.* A educação permanente como estratégia no processo de trabalho do enfermeiro: uma revisão integrativa. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2017, São Paulo. **[Trabalhos apresentados]**. Sergipe: Unit, 2017.
- ARRIGHI, Giovanni. Globalização e desenvolvimento desigual. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 1-14, ago./dez. 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde Nº 8.080 de 19/9/1990**. 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, DF: Senado Federal, set.1990a.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 28 dez.1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 17 dez. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996**. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOB/SUS 1/96. 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,1996. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 17 dez. 2018.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/EES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de enfermagem. Brasília, DF: 2001.Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cne-ces-n-3-de-7-de-novembro-de-2001-diretrizes-nacionais-curso-graduacao-enfermagem_6933.html Acesso em: 17 dez. 2018.

NEGRI, Barjas. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites.** Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Para entender a gestão do SUS.** Brasília, DF: CNSS, 2003.

SEMINÁRIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 2006, Brasília. **Anais** [...] Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16/02/2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf> Acesso em: 17 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº1.996/GM, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria2007.pdf> . Acesso em: 17 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf Acesso em: 17 dez. 2018

BRASIL, Isabel Pereira. Educação permanente em saúde. *In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Dicionário da educação profissional em saúde.*** 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.162-167.

BRASIL. Isabel Pereira. Dicionário da educação profissional em saúde / *In: **Integralidade em Saúde 2.*** Ed. rev., ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p.255-262

BRASIL. Isabel Pereira. Dicionário da educação profissional em saúde / *In: **Processo de Trabalho em Saúde.*** 2. Ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p.320-328.

BRASIL, Isabel Pereira. Dicionário da educação profissional em saúde / *In: **Recursos Humanos em Saúde.*** 2. Ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 343-347

BRASIL. Isabel Pereira. Dicionário da educação profissional em saúde / *In: **Qualificação como Relação Social.*** 2. Ed. rev., ampl. - Rio de Janeiro, EPSJV, 2008, p.335-342.

BRASIL. Isabel Pereira. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. *In: **Trabalho em Saúde.*** 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. PP.427-432

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) Brasília, DF, 30 dez. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Educação Permanente em Saúde**: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **2º levantamento da Organização, Estrutura e Ações da área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde**. Brasília, DF: CNSS, 2015.

BLITHE, Sarah Jane. **Gender, equality and work- life balances**: glass handcuffs and working men in the US. N.Y. and London. Routledge: Taylor and Francis group, 2015.

BRASIL. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União. Ouvidoria-geral da União. **Ferramentas de Resolução de Conflitos para as Ouvidorias Públicas**. Brasília, DF: MTF-CGU, 2017.

CAMPOS, F. E. *et al.*, Os Desafios Atuais para a educação permanente no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 39-51, 2006.

CAMPOS. Gastão Wagner de Souza; GIGANTE; Renata Lucia: Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: Bases Legais e Referencias teóricas. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 747-763, set./dez. 2016.

CANÁRIO, Rui. A Educação Permanente nos anos 90. **Revista Ensinus**. N.4. Lisboa, Editorial Empreendimentos Educativos, 1994

CARDOSO, I.M. Rodas de Educação Permanente na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl.1, p. 18-28, maio, 2012.

CASTRO, R. M. **Gestão Econômico-Financeira nos Hospitais Filantrópicos**: Organização e Financiamento. 2002. Dissertação (Mestrado Profissional em Sistemas de Gestão) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2002.

CASTELLS, M. **The rise of network society**: the information age – economy, society and culture. Oxford: Wiley, 2011.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Diretoria Nacional. Lições brasileiras na busca do Direito Universal à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 317 – 318, jun./set. 2012. Editorial.

CECCIM, R. B. Porque uma Lei Orgânica da Educação Superior precisa contemplar de maneira especial e dedicada a articulação com o setor da saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 12, n. 1, jan./mar., 2005.

CECCIM R. B.; Feuerwerker; MACRUZ. Laura Camargo, O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-66, 2004.

CECCIM. E. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. “O trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-363, maio/ ago. 2007.

CELLARD, A. A análise documental. *In*: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 294-295.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. 8. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

CHINELLI, F.; LACERDA, A.; VIEIRA, M. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. *In*: VIEIRA, M.; DURÃO, A.V.; LOPES, M.R. (Org.). **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. p. 729-732.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais [...] Brasília: Ministério da Saúde**, 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Resolução Cofen 564/2017. Brasília, DF: CFE, 2017.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 343-362, 2004.

CHROBAK, Ricardo. El Aprendizaje Significativo para Fomentar el Pensamiento Crítico. **Archivos de Ciencias de la Educación**, Comahue, v. 11, n. 12, dez. 2017.

DAMIANCE, P. R. M. *et al.*, Formação para o SUS: uma análise sobre as concepções e práticas pedagógicas em saúde coletiva. **Trabalho, educação e saúde**, v.14, n.3, Set/dez., 2016.

DJELLAL, Faridah; GALLOUJ, Faïz. Mapping innovation dynamics in hospitals. **Elsevier** v. 34, U K, p.817-835, 2005.

DUBAR, Claude. **La socialization: Construction des identités sociales et professionnelles**. Paris: Collin, 1991.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

EVANGELISTA, Ana Paula; LIMA, Flávia; MACHADO, Kátia. Consensos e Dissensos da Educação profissional e tecnológica. **Revista RET-SUS**. Rio de Janeiro. p. 10-21, n. 72, mai./jun. 2015.

FARAH, B. F. A Educação Permanente no Processo de Organização em Serviços de Saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família - experiência do município de Juiz de Fora/MG. Rio de Janeiro, UERJ, 2006.

FARIAS, Pablo Antônio Maia de. MARTIN, Ana Luiza de Aguiar Rocha; CRISTO, Cinthia Sampaio. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. **Revista brasileira de educação médica [online]**. v. 39, n.1, p. 143-150. Rio de Janeiro, 2015.

FIGUEIREDO, R. C. *et al.* Desafios e perspectivas na educação permanente em saúde desenvolvidas na atenção básica -uma revisão bibliográfica. **Revista Científica do ITPAC**, v.7 n. 44 pub.8, Araguaína, 2014.

FLEURY. Sonia (Org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo, Lemos Editorial, 1997.

FONTES, Virginia. A Democracia Retórica: expropriação, convencimento e coerção. *In*: Gustavo Correa Matta (Org.) Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições, desafios em 20 anos de SUS. p. 189-226, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008.

FRANÇA, Tania *et al.*, Limites e possibilidades das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: percepções dos gestores. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3 p. 144-154, set. 2017, número especial.

FREIRE, Paulo. Educação e Mudança. 12 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.

FOUCAULT, M. O Nascimento do Hospital. *In*: _____. Microfísica do poder. 2 ed. Rio de Janeiro, Graal, 1979 p. 57-64

FORGIA, G.M.L. COUTTOLENC, B.F. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo, Singular, 2009.

FURTER, P. Educação Permanente e Desenvolvimento Cultural. Petrópolis, Vozes, 1974.

FUGULIN, F. M. T. *et al.*, Dimensionamento de profissionais de enfermagem: implicações para a prática assistencial **Divulgação em Saúde Para debate**, Rio de Janeiro, n. 56, p. 126-133, dez. 2016.

GARCIA, C.H. DEDECA, C. S. A heterogeneidade do mercado de trabalho e a desigualdade na representação sindical. **Sociologia e Antropologia**, Rio de Janeiro, v.3 p.223-243, jun. 2009.

GAUTHIER, Clermont. Formar o professor, profissionalizar o ensino: perspectivas e desafios. Porto Alegre, Sulinas, 2004.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 6 ed. São Paulo, Atlas, 2017.

GONÇALVES, Porto S. E. L. Estrutura organizacional do hospital moderno. RAE - **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar. 1998.

GOUVÊA, M. A.; KUYA, J. Qualidade de atendimento do sistema hospitalar: o caso de alguns hospitais da cidade de São Paulo. *In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO – SEMEAD*, 4. 1999, São Paulo. Anais. São Paulo, FEA, USP, 1999.

GRYSCHKEK, A. L.A.L.F.P.L. *et al.* Projeto larga escala: uma proposta pedagógica atual. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p. 196-201, São Paulo, jun. 2000.

HETTI, Livia Barrionuevo El, *et al.* Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. Eletr. Enf.** v. 15, n. 4, p. 973-982, Goiás, dez. 2013

HOLANDA. A. B. Trabalho. *In: _____* Minidicionário da Língua Portuguesa. 4 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro, Edibra, 2002.

IBAÑEZ, N. Elias. MANGEON, Paulo Eduardo. SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo, Hucitec, 2015.

JESUS, M.C.P. *et al.*, Educação Permanente em Enfermagem em um Hospital Universitário. **Rev. Esc. Enf. USP**, vol. 45, n. 5, São Paulo, 2011, p. 1229-1236.

JIMENES NETO, Francisco R. Guimarães. Trabalho, saúde e violência: categorias de uma rotina laboral de trabalhadores da saúde. **Revista Divulgação em saúde para debate**. n. 56, p.16-18, Rio de Janeiro, dez. 2016.

LAKE, E. T. *et al.*, Higher quality of care and patient safety associated with better NICU work environments. **J. Nurse Care Qual.** Frederick, v. 31, n. 1, p. 24-32 Jan./mar., 2016.

LANZONI, Gabriela Marcelino de Melo. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.35 n.4, p.373-381, 2011.

LIMA, Roberto Teixeira de. SILVA, Esther Pereira da. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde** [online]. v. 15, n. 1, p.103-114, Rio de Janeiro, 2011.

LIMA, S. A. V. ALBUQUERQUE, P. C. WENCESLAU, L. D. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trab. Educ. Saúde**. v.12 n. 2, p. 425-441, Rio de Janeiro, 2014.

LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: Diálogo com gestores públicos e privados. **Texto contexto Enfermagem**. v.2, n. 23, p.417-425, Santa Catarina, abr./jun., 2014.

MACHADO, M. Helena. KOSTER, I. A. Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro. v. 47, p. 33-44, mai., 2012.

MACHADO, M. Helena. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária *In* : **Cadernos RH Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Brasília, DF. Ministério da Saúde, v. 3, n. 1, p. 13-28, mar., 2006.

MACHADO, M. Helena. Trabalho e emprego em saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

MACHADO, M. Helena. Mercado de Trabalho da Enfermagem- Aspectos gerais, artigo 3, **Enfermagem em foco**, n. 6, p.36 – 37, Rio de Janeiro, 2015.

MACHADO, M. E. VIEIRA, A. L. S. OLIVEIRA, E. Abordagens e Métodos de Pesquisa em Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde. Capítulo 10 - Gestão, Trabalho e Educação em Saúde: perspectivas teórico-metodológicas. **Ciência e saúde coletiva**, n. 23, v. 6, Rio de Janeiro, jun. 2018.

MANNHEIN, Karl. A educação como técnica social. *In*: Pereira L, Foracchi M. M. **Educação e sociedade**. 11. ed. São Paulo, Nacional, 1993.

MANZO, B. F. RIBEIRO, H.C. T. BRITO, J. M.; ALVES, M. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n. 1, jan./fev., 2012.

MARQUES, Rosa Maria. (Org.) Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro, ABRÉS; Brasília DF. Ministério da Saúde. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. OPAS, OMS no Brasil, 2016.

MATOS, E. PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15 n. 3, p.508-514, Santa Catarina, 2006.

MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.) Caminhos para análise das políticas de saúde. 1 ed. Porto Alegre, Rede Unida, 2015.

MATTOS. Ruben Araújo de. Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. *In*: Gustavo Correa Matta (Org.) **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e Desafios em 20 anos de SUS**. p. 313-352, Rio de Janeiro, ed. Fiocruz, 2008.

MCSHANE, Steven L. VON GLINOW, Mary Ann. Comportamento, Personalidade e Valores individuais. Parte II capítulo 2 *In:_____* **Comportamento Organizacional**. 6 ed. New York, McGraw Hill, 2014.

MEDEIROS, K. R. TAVARES, R. A. W. Questões contemporâneas da Gestão do Trabalho em saúde: em foco a Lei de Responsabilidade Fiscal. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 47, Rio de Janeiro, maio, 2012

MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, v.1 n.1, p. 07-14, Rio de Janeiro, 2015.

MELO, M. O exercício da função gerencial em tempos de novas tecnologias organizacionais: da gestão profissional à gestão compartilhada. *In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO*, 20, 1996, Rio de Janeiro. **ANAIS...** Rio de Janeiro, ANPAD, 1996.

MELLO, Vico Denis. DONATO, Manuella Riane A. O Pensamento Iluminista e o Desencantamento do Mundo: Modernidade e a Revolução Francesa como marco paradigmático. **Revista Crítica Histórica**, ano 2, n. 4, Maceió, dez, 2011.

MENDES, A. Funcia. O SUS e seu financiamento. *In: Marques R. M. (Org.)*, **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. v. 1, p. 139-68, Rio de Janeiro, Brasília, DF. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2016.

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

MINAYO, M.C.S. (Org.) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005.

MONTANHA, D. PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores, **Rev. Esc. de Enf. USP**, v. 44, n. 3, p. 597-604, São Paulo, 2010.

MORAIS, José Luís Bolzan de. BRUM, Guilherme Valle. Políticas públicas e jurisdição constitucional: entre direitos, deveres e desejos. Porto Alegre, Livraria do Advogado, 2016

MOHR, A. A formação pedagógica dos profissionais da área de saúde. *In RIBEIRO, V. M. B. (Org.)* Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde. Juiz de Fora, UFJF, 2011.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. *In: SANTANA, José Paranaguá de (Org.)*. **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para atuação da ESF. Brasília, DF: OPAS, 2000, p. 59-63.

NOVARETTI, Marcia Cristina Zago *et al.* Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. Bras. Enferm.** v. 67, n. 5, p.692-699, São Paulo, set./out. 2014.

OLIVEIRA, Antônio Eduardo Alves de. As (des.) articulações subnacionais e o processo de integração regional na América do Sul, a partir da experiência do Mercosul/Unasul *in*: CHESNAIS, François. La crise menace les digues de l'économie mondiale. **Le Monde Diplomatique**, Sept. 28, 1997.

OLIVEIRA, J. S. A. *et al.* Trends in the job market of nurses in the view of managers. **Rev. Bras. Enferm.** v. 71 n. 1, p.148-155, São Paulo, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília, DF: OPAS, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Nursing practice around the world.** (Nursing/Midwifery - Health Systems Development Programme). Geneva: OMS, 1997.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1723-1728, 2018.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 27-37, Rio de Janeiro, jan./abr. 2009.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

PAIM, J. S. *et al.* Sistema de Saúde Brasileiro: História, Avanços e Desafios *In*: Saúde no Brasil. n.1, p.11-31, Lancet (Série Brasil) [Internet], 2011.

PAIM, J. S. O SUS é uma conquista. *Luta Médica.* ano 6, n. 22, jul./set. 2012.

Paim J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública.** v. 29, n. 10, p. 1927-1953, Rio de Janeiro, 2013.

PAIVA, C.H. A. TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, ciências, Saúde* - v. 21 n 1, p.15-36, Manguinhos, 2014.

PEDUZZI, M. SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. *In*: LIMA, Júlio César França. **Dicionário da Educação profissional em Saúde.** Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria de Planejamento e Gestão de Pernambuco. **Pacto pela Saúde.** Recife: SPGPE, set. 2016. (Série Grandes Hospitais - Agamenon Magalhães).

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano estadual de saúde 2016-2019.** Recife: SES, 2016.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde. 1 Ed. Rio de Janeiro, 2012.

PIERANTONI *et al.* Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do trabalho e da educação em Saúde no SUS. **Sumário executivo**; v.1, Rio de Janeiro, CEPESC, IMS-UERJ, ObservaRH, 2014.

PIERANTONI, C. GARCIA, A. C. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 47, p. 44-54, Rio de Janeiro, 2012.

PIMENTA, S. G. Professor Reflexivo: construindo uma crítica. *In*: PIMENTA, Ghedin (org.). **Professor reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito**. São Paulo, Cortez Ed, 2002.

PINTO, I. C. M. *et al.*, Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1525-1534, jun. 2013.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. *In*: PEREIRA, I.B. LIMA, (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, EPSJV, 2015.

PIKETTY, Thomas. **O Capital no Século XXI**. Tradução de Monica Baumgarten de Bolle. Rio de Janeiro, Editora Intrínseca, 2014.

POCHMANN, Marcio. **O emprego na globalização**. A nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu. São Paulo. Boitempo editora 2002.

PUZIN, Daniel. The proper function of hospitals within health systems. *In*: Institute for Health Policy Studies (IEPS), 1994, Paris. Report. Geneva, World Health Organization (WHO), 1996.

RIBEIRO, H.P. O Hospital: história e crise. São Paulo, Cortez, 1993.

RIBEIRO, P. T. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. **Ciênc. saúde coletiva**, , v.14, n.3, p. 819-828, Rio de Janeiro, 2009.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. latino-am. Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 96-101, Ribeirão Preto, dez., 2000.

RODRIGUES, M. P. LIMA, K.C. RONCALLI, A. G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciênc. saúde coletiva**, v.13, n.1, p.71-82, Rio de Janeiro, jan./fev., 2008.

RONSANI, L. S. **A importância da educação permanente promovida por Enfermeiros para técnicos de Enfermagem de unidade de terapia intensiva-2011**. Monografia (Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência).Repositório unesc. Santa Catarina, 2011.

Kant. Immanuel, Sobre a Pedagogia. Trad. Francisco Fontanela. Piracicaba. Unicamp, 1996.

SANNA, M.C. Os Processos de Trabalho em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, v. 60, n. 2 , p. 221-224, São Paulo, mar/abr. 2007.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo, Cultura Acadêmica, 2009.

SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: Desafios da gestão Inter federativa. Campinas, Editora Saberes, 2012.

SANTOS, N.R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.1, p. 273-280, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, Milton. Por uma outra globalização: Do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro, Record, 2001.

SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. **Análise da Política de Recursos Humanos em Saúde**: o caso da rede observatório de recursos humanos em saúde no Brasil. 2012. Tese (Doutorado em saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

SEQUEIRA, C. Comunicação terapêutica em Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** v.12, p. 6-8, Porto, 2014.

SCHALL, Virginia T. STRUCHIN, E. R. Miriam. **Educação em saúde**: novas perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, v.15, Rio de Janeiro, 1999, supl. 2.

SCHIAVON, Amarílis Paschoal; MANTOVANI Maria de Fátima; MÉIER, Marineli Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista Escola de Enfermagem**, v.41, n. 3, p. 478-84, São Paulo, USP, 2007.

SILVA, Luiz Antônio da. Etimologia. São Paulo, Contexto, 2011.

SDG Health Price Tag *In*: The Lancet Global Health, www.thelancet.com publicado em 17/07/2017 Online.

SOLLA, Jorge Jose Santos Pereira (Org.) **Estratégias da política de gestão do trabalho e educação na saúde**: experiências da Bahia. prefácio Washington Luiz Abreu de Jesus. Salvador, EDUFBA, 2014.

STROSCHEIN, K. A. ZOCCHÉ, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. educ. saúde**, vol.9, n.3, p. 505-519, Rio de Janeiro, 2011.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: O resgate necessário. 2 ed. Porto Alegre, Sagra Luzzato, 1999.

WEBER, Jose Fernandes. Formação (bildung), **Educação e Experimentação em Nietzsche**. Londrina, EDUEL, 2011,

USHER, Robin (Org.) Experiências, Pedagogia e Práticas Sociais. *In*: ILLERIS, Knud. **Teorias Contemporâneas da Aprendizagem**. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. p.199-216, Porto Alegre, Penso, 2013.

VALLE, L. B. **Os enigmas da educação**: a Paidéia democrática entre Platão e Castoriadis. Belo Horizonte, Autêntica, 2002.

VECINA NETO, G. MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011.

VIEIRA, M. DURÃO.(Org.) **Para além da comunidade**: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro, EPSJV, 2011.

VIEIRA, Mônica. Trabalho, Qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. **Trabalho, Educação e saúde**, v. 5 n. 2, p. 243-260, Rio de Janeiro, 2007.

VIEIRA, M. CHINELLI, P. LOPES, M.R. O trabalho e a educação na saúde: a "questão dos recursos humanos". *In*: VIEIRA, M. DURÃO (Org.) **Para além da comunidade**: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. p. 79-118, Rio de Janeiro, EPSJV, 2011.

ZOCHE, Denise Antunes de Azambuja. Educação Profissional em Saúde: Reflexões Sobre a Avaliação. **Trab. educ. e saúde**, v. 5 n. 2, p. 281-295, Rio de Janeiro, 2007.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com enfermeiros

gerentes do hospital

Qual sua formação profissional e cargo /função neste hospital

Quanto tempo de formação e de trabalho na Instituição

Trabalho/ vínculo em outro serviço

Qual seu conhecimento sobre a Política de Educação Permanente em saúde

No seu entendimento, como se diferencia a Educação Continuada da EPS

Qual seu conhecimento sobre a prática de EC e EPS no hospital

No seu entendimento, quem ou o que define as necessidades de Educação Permanente/Continuada no Hospital

No seu entendimento, quem são as pessoas que deveriam desenvolver atividades de EPS/EC no hospital

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com enfermeiros assistenciais

Qual sua formação profissional e cargo /função neste hospital

Quanto tempo de formação e de trabalho na Instituição

Trabalha em outro serviço

Realizou algum curso de formação para trabalhar na EPS do hospital

Como ocorre a seleção dos cursos /treinamentos para o pessoal trabalhador de saúde na instituição

Que setores demandam mais treinamento/atualização

APÊNDICE C- Formulário: levantamento do vínculo e formação dos enfermeiros

Vínculos

Federal – quantos?

Estadual – saúde quantos?

Estadual – Educação quantos

Municipal – quantos?

Prestador de Serviços – quantos?

Contrato – quantos?

Titulação

Doutorado - Quantos? .

Mestrado – Quantos? ...

Especialização – Quantos?

Graduação – Quantos?

APÊNDICE D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo **“O ENFERMEIRO EDUCADOR E OS DESAFIOS À PRÁTICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM UM HOSPITAL PÚBLICO”**, desenvolvido por **Josineide Pereira da Silva**, discente do Mestrado profissional pelo Instituto Aggeu Magalhães, sob orientação do Professor **Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto**; o objetivo é Analisar a atuação do enfermeiro como educador e os desafios enfrentados na prática da Educação Permanente em um hospital público e dar visibilidade às ações educativas realizadas no hospital.

O convite se deve à sua atuação como Enfermeiro assistencial no hospital e sua participação é voluntária. Durante todo o estudo e a qualquer momento que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo e a qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar-se a continuar participando do estudo e retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, sendo omitido qualquer dado que possa identificá-lo na divulgação dos resultados do estudo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista com a pesquisadora que somente será gravada em áudio com o seu consentimento/autorização. O tempo estimado da entrevista é de aproximadamente 40 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais e somente o pesquisador e seu orientador terão acesso. O material coletado será armazenado em local seguro sob guarda do pesquisador por pelo menos cinco anos conforme resolução 466/2012.

Os benefícios esperados relacionados com sua colaboração neste estudo é contribuir com a prática da Educação Permanente pelos Enfermeiros e fortalecer a assistência e o cuidado de Enfermagem no hospital.

Por se tratar de um estudo descritivo, apresenta riscos mínimos como possível constrangimento perante pessoas e/ou Instituições caso os posicionamentos ou identidade dos participantes sejam publicados ou revelados. Os resultados do estudo serão divulgados em palestras, relatórios individuais, artigos científicos e na

dissertação. Este Termo foi redigido e assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

É de livre e espontânea vontade que aceito participar do estudo “**O ENFERMEIRO EDUCADOR E OS DESAFIOS À PRÁTICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM UM HOSPITAL PÚBLICO**”, sem custo para o pesquisador ou Instituição. Li e Compreendi as informações prestadas; Também fui informado de ter total liberdade para, em qualquer momento, desistir sem que seja preciso justificar minha decisão e sem penalizações; que minha desistência não trará qualquer prejuízo ao hospital ou à minha relação com o pesquisador e que tenho liberdade de acessar a qualquer momento, os dados ou resultados, em qualquer etapa do Estudo.

Declaro que aceito participar bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico e que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento livre e esclarecido, também assinado pelo pesquisador.

Nome do participante

Josineide Pereira da Silva
Pesquisador Responsável

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Pesquisador Responsável: Josineide Pereira da Silva. Contato: Endereço eletrônico- josymammy@hotmail.com e pelo telefone (81) 999418530 para quaisquer dúvidas e esclarecimentos. Poderá também contatar o Comitê de Ética em pesquisas do Instituto Aggeu Magalhães para informar ocorrências irregulares ou danosas e buscar informações sobre o estudo pelo endereço eletrônico <http://www.cpqam.fiocruz.br> ou no endereço: Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n - Cx. Postal 7472 - Fone: 081 3012500 - Fax: 081 4531911 - CEP: 50670-420 Recife - PE - Brasil –

Local: _____ Data: ____/____/_____.

APÊNDICE E- Roteiro para análise documental do Núcleo de EPS do HAM

Atas de Reuniões do Núcleo de Educação Permanente do Hospital

Ações educativas propostas e desenvolvidas;

Unidades contempladas;

Estratégias utilizadas para desencadear as ações educativas

Relatórios anuais de ações programadas e desenvolvidas pelo Núcleo; quem as desenvolveu, a duração e o número de participantes.

Planejamento anual do Núcleo para projetos educativos e setores participantes no mesmo.

Meios de divulgação das ações educativas programadas.

APÊNDICE F- Roteiro de observação sistemática

setor	sim	não
tempo de observação		
uso de tecnologia		
problematização do cuidado com membros da equipe		
desenvolve trabalho em equipe		
estimula os componentes da equipe a contribuir com opiniões		
responde as questões que surgem no setor		
envolve os membros na produção de saberes		
administra os problemas e conflitos interpessoais		
utiliza as ferramentas tecnológicas para esclarecer dúvidas		
envolve a equipe na discussão do plano assistencial		
Observações:		

APÊNDICE G – Roteiro do Diário de Campo

Diário de Campo: Observação das atividades dos enfermeiros no setor		
Nome do observador		
Setor observado		
Objetivo		
Pontos a observar	Descrição	Reflexão/ interpretação do observado
Estratégias de educação observadas		
Comunicação com profissionais		
Situações observadas		
Situações de conflito/situações imprevistas		
observações		

ANEXO 1- Carta de Anuência do Centro de Estudos do HAM



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES
Estrada do Arraial, nº 2723 - Casa Amarela - Recife - PE CEP.:52

Centro de Estudos

Carta de Anuência

Por meio desta o Hospital Agamenon Magalhães autoriza a realização da pesquisa intitulada: "O ENFERMEIRO EDUCADOR E OS DESAFIOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM HOSPITAL PÚBLICO" que tem como objetivo: Analisar o papel do Enfermeiro como educador bem como os desafios enfrentados na prática da educação permanente. O estudo será desenvolvido junto aos profissionais que integram a Estrutura Administrativa e da Gestão da Educação Permanente do Hospital Agamenon Magalhães através de entrevista semi estruturada e observação de campo no período de fevereiro a agosto de 2018, por Josineide Pereira da Silva, Enfermeira aluna regularmente matriculada no Mestrado Profissional do Instituto Aggeu Magalhães /Fundação Oswaldo Cruz, tendo como orientador Profº Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto.

Esta autorização poderá ser suspensa a qualquer momento se forem identificadas irregularidades no processo de coleta de dados ou caso a instituição deseje. Garantimos ainda que será mantida a privacidade dos participantes do estudo, bem como da Instituição, sendo os dados utilizados exclusivamente para fins acadêmicos.

Recife, 20 de novembro de 2017


Maria Aparecida Torres de Lacerda
Gerente do Centro de Estudos
Hospital Agamenon Magalhães.

Maria Aparecida T. Lacerda
Gerente do Centro de Estudos
Mat. 191978

ANEXO 2 - Foto da placa de inauguração do Hospital em 1953



ANEXO 3- Compra da Casa de Saúde São João pelo IAPI em 1953

TABELA N. 254

PAG. 9

REPÚBLICA DOS ESTADOS



UNIDOS DO BRASIL

REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS

Desembargador Manoel Bezerra Cavalcanti

Dr. José de Azevedo
SUBSTITUTO

OFICIAL

CERTIFICO que às fls. 271v. do livro n.º 3. R.H. foi registrada
sob o n.º 12.722. A COMPRA E VENDA
do imóvel sito à freguesia do Póço, desta cidade.

em que figura como adquirente - INSTITUTO DE APOSENTADORIA E PENSÕES DOS EMPLEADOS DO BRASIL, com sede no Distrito Federal, e Delegacia neste Estado, neste ato representado por seu bastante procurador e delegado, César Bezerra Leite, advogado, casado, residente nesta cidade.

e como transmitente - CASA DE SAÚDE SÃO JOÃO S/A, neste ato representada por seu Diretor-Presidente, João Passos de Quairos, brasileiro, casado, industrial residente nesta cidade.

servindo de título. Escritura Pública, lavrada em 28 de Abril de 1953. Pelo Dr. J. Campelo, 2º ofício.
pelo valor de - Cr. \$ 14.000.000,00 (quatorze milhões de cruzeiros)

São de seguintes os característicos e confrontações do imóvel - Casa de Saúde São João estabelecimento hospitalar sito à Estrada do Arraial, nº 2.723, bairro do Arraial, freguesia do Póço, nesta Capital, edificada em terreno próprio. Área útil de 14.000m² e tendo quatro pavimentos, dois pavilhões e dependências. O referido terreno mede 64,50m de frente para a Estrada do Arraial; no lado esquerdo, que confronta com a rua Desembargador Gois Cavalcanti; do lado direito, confrontando com o terreno da casa nº 2653, da Estrada do Arraial. A 111,80m na divisa dos fundos, onde se confronta com um terreno não edificado, a rua Desembargador Gois Cavalcanti, com outro terreno não edificado do lado da rua Albino Neira e com as casas 100, 110, 124 e 140 da mesma rua - Alameda Neira. Na no mesmo terreno construiu o estabelecimento hospitalar antes

... de hall de entrada, 2 portões, 2 portas, 2 portas de
 ... quarto de administração, câmara escura, W.C. com banheiro, sala de
 ... sala de espera, farmácia, capela, duas salas, quadras, duas
 ... duas circulações, centro telefônico, hall de escada, copa, cozinha, refeitório,
 ... sala de serviço, quarto das enfermeiras, lavanderia, despensa, refeitório
 ... empregados, quarto dos empregados, caldeira, quatro W.C. e quatro banheiros
 ... PRIMEIRO PAVIMENTO: Balcão, deztoito quartos, nove W.C. com banheiro, duas
 ... três depósitos, duas varandas, copa, hall de escada, salas de permanência
 ... tar, curativos, ortopedia, olhos e ouvidos, proctologia, esterilização, 1
 ... operação, dois lavatórios, câmara escura, sala dos médicos, arsenal e um
 ... uma circulação: SEGUNDO PAVIMENTO: Balcão, deztoito quartos, nove W.C. p
 ...heiro, duas rouparias, três depósitos, duas varandas, copa, hall de
 ... las de permanência, estar e duas circulações: TERCEIRO PAVIMENTO: Balcão,
 ...to quartos, W.C. com banheiro, um banheiro, uma rouparia, uma copa, um
 ...ta, sala de estar, sala de permanência, sala de curativos, berçário, 2
 ...vatórios de água, casa das máquinas, e uma circulação, com hall de entrada
 ... QUARTO: onze quartos, cinco W.C. com banheiro, um W.C. e um banheiro, 1
 ...manência, copa, duas salas, dois halls, circulação, rouparia e banheiro
 ... QUARTO POPULAR: dezesseis quartos, três passagens, hall de entrada, duas
 ...ndas, sendo uma para homens e outra para mulheres, quatro W.C., quatro
 ...os e quatro lavatórios, rouparia, sala de curativos e circulação, câmara
 ...namento, ainda uma garagem, um quarto de empregado e um necrotério, tod
 ... no segundo Pavimento, um apartamento de luxo; e as instalações, móveis
 ...namento cirurgico, utensílios e bens outros existentes na referida Cas
 ... de Recife, em 28 de Maio de 1953. Oficial fiz datilografar, e
 ... e assinou: *Constantino Lima Bezerra Cavalcanti*



ANEXO 4- Ofício de compra de casa para ampliação do Hospital.

943
24/09
[assinatura]

Of. nº 415-000.0/ Recife, 27 de maio de 1981

Senhor Oficial,

O INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (IAFAS), entidade autárquica federal, criada pela Lei nº 6.439 de 1º de setembro de 1977, representado pelo seu Superintendente Regional neste Estado, vem expor e requerer o seguintes:

- 1 - Com a fusão das antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões e, posteriormente, da fusão dos referidos IAPs resultou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) conforme se vê no Decreto-Lei nº 72 de 21 de novembro de 1966;
- 2 - Por último "ex-vi" da Lei nº 6.439 de 1º de setembro de 1977, todos os bens de propriedade do antigo INPS, assim como os direitos e obrigações que lhe competiam, passaram a integrar o patrimônio do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAFAS);
- 3 - Por motivos aleatórios, imóveis adquiridos há mais de 30 ou 40 anos passados, conforme constam dos documentos dominiais, não foram averbados neste Registro em conseqüência às alterações sofridas na nomenclatura das antigas proprietárias, conforme mencionamos no item 1;
- 4 - Assim a propriedade do imóvel situado em Rua Afonso Celso nº 114 (junto ao Hospital Agamenon Magalhães), Bairro da Tamarineira, em Recife-PE, adquirido conforme escritura de compra e venda, lavrada no 1º Ofício em 06.02.77, livro nº 1111, série B-7, folhas 119/121V, transcrito no 2º Registro Geral de Imóveis do Recife, sob o número de ordem 26.569, as folhas 235, do livro 3-AD, em data de 17.03.77, é atualmente de propriedade do IAFAS;

Ilmo. Sr.
Oficial do 2º Ofício de
Registro Geral de Imóveis
da Câmara do Recife

ANEXO 5- Termo de Cessão do HAM à SES/ Pernambuco.


HAM/SUS/FUSALI

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

ANEXO Nº 02

TERMO DE CESSÃO DE USO

TERMO DE "CESSÃO DE USO" QUE ENTRE SI FIRMAR, DE UM LADO, O INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - INAMPS; E, DE OUTRO LADO, O GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO NA FORMA ABAIXO ESTABELECIDÁ.

Pelo presente instrumento, de um lado, o INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - INAMPS, doravante denominado CEDENTE, neste caso representado pelo seu Coordenador de Cooperação Técnica e Controle, Sra. Maria do Carmo Farias de Melo, CPF nº 005138144-34 e, de outro lado, o Governo do Estado de Pernambuco, doravante denominado CESSIONÁRIO, neste ato representado pelo seu SECRETÁRIO DE SAÚDE do Estado Dr. Claudio de Carvalho Lisboa, CPF nº 000591704-25, tendo em vista o disposto no Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, que criou o "Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados", (SUS), e com base na alínea "b" do parágrafo único do artigo 19, do Decreto nº 95.861, de 22 de março de 1988, combinado com o seu artigo 29, parágrafos 1º e 2º, e, o subitem 2.2 do PT/MS-GM-Nº 259/90, bem como, considerando o disposto na Cláusula Quinta e seus parágrafos, do Convênio firmado pelas partes em 23 de junho de 1988, resolvem firmar o presente "Termo de Cessão de Uso", sob a forma e condições constantes das Cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente instrumento tem como objeto a "Cessão de Uso" do imóvel situado na Estrada do Arraial, 2723, casa Amarela, na cidade de Recife no Estado de Pernambuco, denominado Hospital Agamenon Magalhães de propriedade do CEDENTE, com a exclusiva finalidade da sua utilização, pelo CESSIONÁRIO, para funcionamento dos serviços a serem desempenhados pelos órgãos convenientes do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do estado de Pernambuco (SUS/PE).



ANEX. 02



INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Fica ajustado que, da cessão de uso do imóvel referido no caput desta Cláusula, farão parte integrante, para o mesmo fim, todos bens móveis e equipamentos vinculados ao citado imóvel, em conformidade com inventário, elaborado pelo CEDENTE, devidamente rubricado pelos signatários. (ANEXO Nº 1).

PARÁGRAFO SEGUNDO - Na periodicidade que for estabelecida pelo CEDENTE, deverão ser elaborados inventários dos bens cedidos.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Os bens móveis e equipamentos cedidos, que foram considerados inservíveis, após a concordância do INAMPS, poderão ser vendidos, mediante licitação, e o produto da venda reverterá ao orçamento do CEDENTE, para incorporação aos recursos destinados ao SUS.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA RESTITUIÇÃO DO IMÓVEL

O CESSIONÁRIO se compromete a restituir ao CEDENTE, o imóvel, juntamente com seus bens móveis e acessórios, que lhe foram cedidos nos termos da Cláusula Primeira deste instrumento, em estado normal de uso, a partir da data da extinção do Convênio celebrado pelas partes, em que objetivou a implantação do SUS/PE.

PARÁGRAFO ÚNICO - A restituição, de que trata esta Cláusula, será formalizada mediante a assinatura de "Termo de Recebimento", após realizada a devida conferência pelo CEDENTE.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA CONSERVAÇÃO DO IMÓVEL E DOS FINS DO SEU USO

O CESSIONÁRIO obriga-se a manter, em perfeito estado de conservação, o imóvel, bens móveis, acessórios cedidos, bem como usá-los, exclusivamente, para os fins estabelecidos na Cláusula Primeira deste "Termo de Cessão de Uso".

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Fica entendido, entre as partes, que todas as despesas concernentes ao uso e à conservação do imóvel, taxas de qualquer natureza que sobre ele incidam, bens móveis e equipamentos, inclusive ao pagamento de prêmios de seguro contra incêndio, ou similar, bem como à administração do imóvel correrão por conta do CESSIONÁRIO, inclusive com relação à recuperação dos mesmos por danos que, porventura, venham a sofrer na vigência deste Termo de "Cessão de Uso".



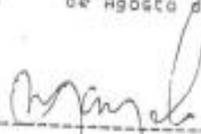
INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

CLÁUSULA SÉTIMA - DO FORO

Fica eleito pelas partes o foro de Justiça Federal do Estado de Pernambuco, para dirimir todas as questões e dúvidas oriundas deste instrumento de Cessão de Uso, podendo os casos omissos serem resolvidos de comum acordo.

E, assim, por estarem de acordo e ajustadas, as partes assinam o presente Termo de "Cessão de Uso", em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito, na presença de 2 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Recife-PE, de Agosto de 1990.



 COORDENADOR DE COOPERAÇÃO
 TÉCNICA E CONTROLE



 SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO
 DE PERNAMBUCO

TESTEMUNHAS:

