



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
EDUCAÇÃO MESTRADO ACADÊMICO**

SONIMARY NUNES ARRUDA

**SOB O OLHAR DOS GESTORES DE SAÚDE:
AMBIENTE HOSPITALAR E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COMO ESPAÇOS
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Lages (SC), 2015



SONIMARY NUNES ARRUDA

**SOB O OLHAR DOS GESTORES DE SAÚDE:
AMBIENTE HOSPITALAR E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COMO ESPAÇOS
DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Dissertação submetida ao colegiado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação – Mestrado Acadêmico em cumprimento parcial para obtenção do título de Mestre em Educação, na Linha de Pesquisa Educação, Processos Socioculturais e Sustentabilidade .

Orientadora: Marina Patrício de Arruda

Lages (SC), 2015

RESUMO

A análise contextual da EP é um dos eixos teóricos destacados nesta pesquisa, a partir da qual identificamos as concepções sobre EP dos gestores dos serviços de saúde da atenção básica - UBS e gestores de um hospital geral público e hospital pediátrico do município, de modo a contribuir na discussão sobre as possibilidades de efetivação da EP para o ambiente hospitalar. O caminho metodológico utilizado para buscar respostas ao questionamento de pesquisa se deu sob a forma de pesquisa qualitativa utilizando o modelo de estudo de caso. Esta pesquisa foi desenvolvida no período de dezembro de 2014 e janeiro de 2015, com os gestores de saúde das três Unidades Básicas de Saúde que tem implantados a Estratégia de Saúde da Família e onde se desenvolvem o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, chamadas de Unidades-escola e com os Gestores do Hospital Geral Público e Gestores do Hospital Pediátrico do município de Lages. O alerta para que se possa compreender que o hospital ou a UBS funcionam como um sistema inter-relacionado é o alerta para o pensamento complexo em saúde. Assim, fica ao final dessa pesquisa a ideia de que é preciso investir numa percepção abrangente que envolva a relação todo/partes.

Palavras-chave: Ambiente Hospitalar. Educação Permanente. Gestão.

ABSTRACT

The contextual analysis Continuing Education is one of the theoretical axes highlighted in this research, from which we identify the conceptions of CE of managers of health primary care services - UBS and managers of a public hospital and pediatric hospital in the city, so to contribute to the discussion of the effective possibilities of CE to the hospital. The methodological approach used to seek answers to the research question was given in the form of qualitative research using the case study model. This research was conducted from December 2014 to January 2015, with health managers of the three basic health units that have implemented the Family Health Strategy and where they develop the Multidisciplinary Residency Program in Family Health, calls Units school and with the managers of the Public General Hospital and Managers Children's Hospital in the city of Lages. The alert so that we can understand that the hospital or UBS act as an interrelated system is alert to the complex concepts of health. Thus, it is the end of this research the idea that we need to invest in a comprehensive perception involving the whole relationship / parties.

Keywords: Hospital Environment. Continuing Education. Management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Trilogia do Estudo	10
Figura 2: Mapa de Distribuição dos CGR/CIES em Santa Catarina	20
Figura 3: Mapa de configuração das Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina	22
Figura 4: Construção institucional democrática do Método Paidéia.....	26
Figura 5: Tríplice objetivo do Método Paidéia.....	26
Figura 6: Diagrama de Azul	42
Figura 7: Diagrama de Lírio	42
Figura 8- Diagrama de Sol	43
Figura 9: Diagrama de ST	43
Figura 10: Diagrama de Rosa	44
Figura 11: Diagrama de Flores	44
Figura 12: Diagrama de Orquídea	45
Figura 13: Diagrama de Cravo	45
Figura 14: Quadrilátero da Formação.....	52
Figura 15: Método de Alfabetização Paulo Freire.....	59
Figura 16: Educação Permanente	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos Colegiados de Gestão Regional e das CIES no Estado de Santa Catarina.....	21
Tabela 2: Gestores das Unidades Básicas de Saúde	33
Tabela 3: Gestores Hospitalares	33

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 Educação de Jovens e Adultos e Educação Permanente: aproximações teórico-práticas.	15
2.2 Educação Permanente em Santa Catarina.....	19
2.3 Gestão dos serviços de saúde: possibilidades de mudança e a ótica da Co-gestão e Método Paidéia	23
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	29
3.1 Tipo de pesquisa	29
3.2 Local de estudo	30
3.3 Sujeitos participantes da pesquisa.....	30
3.4 Procedimentos e Técnicas utilizados para Coleta dos dados.....	31
4 DISCUSSÃO DOS DADOS, DESCOBERTAS E DILEMAS DE PESQUISA	35
4.1 O entendimento dos gestores das UBS e dos hospitais: desafios e dilemas na prática da EP.....	35
4.2 A implicação dos gestores hospitalares com a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação em saúde.	47
4.3 As possibilidades de renovação das práticas cotidianas, dos processos de trabalho e das relações assistenciais no ambiente hospitalar.	55
4.4 É possível efetivar a EP no ambiente hospitalar tendo em vista a experiência das UBS?	60
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICES	75

INTRODUÇÃO

Essa pesquisa tem como norte a possibilidade de mudança e transição paradigmática a partir da problematização de práticas educativas e de gestão em saúde. Guia essa transição uma nova abordagem holística da saúde que afastando-se da abordagem higienista aponta para a promoção da saúde (FERRAZ, 1998). Nesse caminho a Constituição Federal brasileira de 1988, inspirada na Conferência Nacional de Saúde de 1986, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) – marcado pelo paradigma da produção social da saúde. Saúde passa a ter um significado abrangente, não se trata mais da simples ausência da doença, saímos da ênfase curativa para a preventiva.

Mas a produção social de saúde, mesmo ampliando o espaço para a atuação do profissional de saúde, não dá conta de todo o processo saúde doença e exige o envolvimento de vários setores e atores. Na perspectiva de Andrade et.al. (2011), uma das responsabilidades do gestor é justamente a de apoiar e fortalecer a articulação intermunicipal ou regional para os processos de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, organizando as referências de modo que cada serviço esteja vinculado a uma delas. Nesse sentido, preocupamos o entendimento dos gestores de saúde quanto os encaminhamentos e práticas educativas capazes de difundir a nova forma de pensar e fazer saúde.

Em tempos de transição convém resgatar os dizeres de Morin (1994) para quem um paradigma significa um tipo de relação muito forte, que pode ser de conjunção ou disjunção, que possui uma natureza lógica ou sistêmica entre um conjunto de conceitos que nos guiam, formando um complexo transdisciplinar de ações.

Para Behrens e Oliari (2007) a aceitação ou resistência a um paradigma diz respeito diretamente à abordagem teórica e prática da atuação dos profissionais em todas as áreas do conhecimento. De acordo com as autoras o ser humano firma seus paradigmas e percebe o mundo por meio deles, daí a importância do olhar dos pesquisadores, professores ou gestores. Também Khun (*apud* BEHRENS, 2003, p. 27) contribui com essa discussão ao afirmar que o paradigma é a “constelação de crenças, valores e técnicas partilhadas pelos membros de uma comunidade científica”.

Por sua vez, Yus (2002 p.25) diz que o paradigma é “um conjunto de regras que define qual deve ser o comportamento e a maneira de resolver problemas dentro de alguns limites definidos para que possa ter êxito”. Neste sentido, como cabe a uma produção construída num mestrado em Educação, o fundamento que nos guia diz respeito à questão da atuação de

profissionais gestores frente aos processos de educação em saúde, que privilegia o aprendizado no sentido pensado por Paulo Freire (1983); aprendemos uns com os outros em comunhão com o mundo, num movimento permanente.

No entendimento que a transição paradigmática se estabelece quando nos dispomos a pensar e refletir sobre o que está posto, a questionarmos tais verdades estabelecidas, para darmos início a um processo de desvendamento de novas possibilidades, é que esta produção se estrutura.

Assim, Arruda e Arruda (2010) problematizam que se considerarmos que nossa cultura privilegiou um paradigma fundado na lógica determinista e dual, podemos compreender quanto esta simplificação limitou as soluções possíveis, resistindo por um longo tempo a adotar uma metodologia integradora capaz de permitir a construção de habilidades que facilitassem a co-participação responsável no encaminhamento das orientações sobre saúde num movimento permanente e sistêmico.

Caminhando ao encontro dessas primeiras considerações passamos a acreditar que a Educação Permanente (EP) possa funcionar como uma estratégia paradigmática tanto para a Saúde como para a Educação por possibilitar reflexões e favorecer a construção de um espaço pedagógico para ensinar e aprender, tendo em vista a necessidade de renovação constante da prática profissional em saúde.

Identificando essa possibilidade de mudança de paradigma, a partir do olhar de profissional de saúde, de enfermeira, que transitou por um período de sua vida profissional por serviços de saúde da atenção básica e também nos espaços hospitalares, se caracteriza por um desafio, onde a neutralidade da análise é impactada por conhecer os aspectos e fluxos desses serviços, no entanto o contraponto que se propõe para análise se dá por reconhecer no subsídio teórico da EP a possibilidade real de mudança nos modos de fazer saúde dos serviços.

Arruda (2012,p.143) afirma que “ao percebermos a educação permanente como uma estratégia de ação para o enfrentamento de mudanças e imprevistos da vida”, podemos considerá-la como a própria “educação para a vida, pois é uma maneira de se preocupar com o mundo cercado por incertezas” e imprevistos que influenciam a vida humana.

Para a autora, a educação permanente pode ser vista como estratégia para a renovação da prática por meio de reflexão e da relação de trocas entre as pessoas (ARRUDA et.al. 2008).

Porque ensinar e aprender? Qual o significado desse movimento para essa dissertação? Por primeiro pensamos a partir de um curso de mestrado em Educação onde o ensinar é tão

importante quanto o aprender. É nesse espaço que nos tornamos mestres em educação para pensar e contribuir com a assistência em saúde. Em segundo lugar, pensamos como profissionais da saúde espaço onde ainda perdura uma prática de lógica tecnicista, com ênfase no saber-fazer em prejuízo do saber-ser.

As universidades acompanham e alimentam as discussões do tema aqui tratado. A mudança do paradigma clama por atualização não só dos sistemas de saúde mas também das Instituições de Ensino Superior (IES) na difusão de trabalhos, publicações, comunicações em congressos e outras discussões. Esse também tem sido o papel da UNIPLAC e do Programa de Pós Graduação em Educação - PPGE ao abraçar o desafio da investigação que aqui propomos.

A execução do trabalho em saúde nos faz refletir sobre as ações sem reflexão e mecânicas. Assim essa dissertação investe numa discussão que considera o ambiente hospitalar e as Unidades Básicas de Saúde como espaços de ensinar e aprender tendo em vista a necessidade de renovar as ações dos sujeitos que ali atuam, o que irá repercutir diretamente na prática diária dos modos de fazer saúde.

Direcionando o olhar para o contexto dos serviços de saúde locais, identificamos que aqui no município de Lages, a Educação Permanente (EP) nos serviços de saúde da atenção básica¹ já se configura como uma política implantada e em desenvolvimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)², no entanto a presente pesquisa buscou identificar as lacunas que possivelmente ainda existam entre os aspectos teóricos e operacionais para a consolidação desta política.

Para a partir daí, discutir a percepção dos gestores de saúde sobre a prática da EP e a possibilidade de efetivação desta política no ambiente hospitalar e UBS, considerando referenciais que identificam a transição dos modelos de gestão em saúde, para uma gestão integrada.

A análise contextual da EP é um dos eixos teóricos destacados nesta pesquisa, a partir da qual identificamos as concepções dos gestores dos serviços de saúde da atenção básica 3 UBS – que contam com a Estratégia de Saúde da Família e recebem o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, chamadas de Unidades-Escola, gestores

¹ No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas- Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde(PNAB 2012)

²As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade.(PNAB 2012)

de um hospital geral público e um hospital pediátrico do município, de modo a contribuir na discussão sobre as possibilidades de efetivação da EP para o ambiente hospitalar.

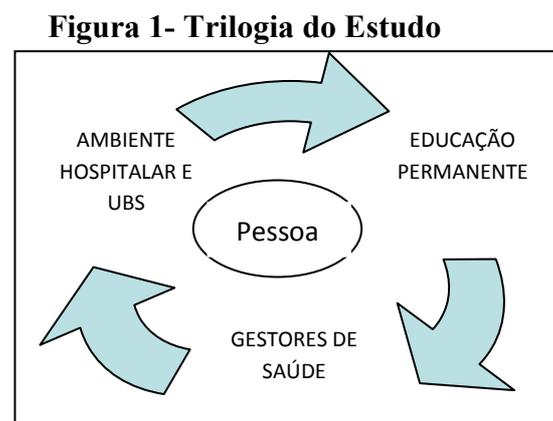
Encontramos nos escritos de Edgar Morin (2000, 2003) e Paulo Freire (1997), subsídios teóricos que acompanharam esta trajetória de investigação em torno da prática da educação permanente nos serviços de saúde no município de Lages.

Nesta perspectiva, nossa compreensão se assenta em pressupostos teóricos de uma prática educativa libertadora o que possibilita a construção das práticas de gestão destes serviços pautadas nas premissas dos modelos de gestão compartilhada e integrada.

Entende-se neste contexto de entrelaçamento teórico entre referenciais de educação em saúde e de gestão dos serviços de saúde, que a educação pretendida para esta possibilidade deve permitir reflexões e não simples aquisições. Voltada à construção de autonomia do sujeito, é que encontramos em Paulo Freire, um referencial que subsidia a reflexão sobre questões pontuais nos processos de educação, entendendo que neste processo há uma complementariedade de saberes e não somente o repasse unilateral de conteúdos.

Essas discussões teóricas caminham junto à reforma do pensamento proposta por Morin (2000) e colaboram na identificação da necessidade de se investir numa percepção que considere a relação todo\partes, pois à luz do pensamento complexo o indivíduo está na sociedade que também está no indivíduo.

Então, temos uma relação complexa e, ao mesmo tempo sistêmica que envolve a trilogia: Ambiente hospitalar e UBS, Educação Permanente e Gestores de Saúde, mas que transcende a pessoa e que pode ser representada da seguinte forma.



Fonte: Elaborado pela Autora, 2014.

Nesse sentido sistêmico e integrado da problemática, percebemos que a pessoa faz parte de uma complexidade, e esta faz parte da pessoa com suas normas, linguagem e cultura que, ao mesmo tempo, é produto dessa sociedade e produtora de sua manutenção e de seu

status quo. Este é o princípio da epistemologia da complexidade, o que significa perceber o ser humano como parte integrante do meio ambiente no qual está inserido.

Nesse sentido, consideramos ainda a orientação de Maturana (1999) que define o sistema social como sendo constituído por um conjunto de seres vivos que possui uma conduta articulada como uma rede de interações e dimensões, por meio da qual eles se realizam como seres vivos. E mais, é a partir da rede comunicacional que os constitui que eles conservam a sua organização e adaptação e isto ocorre em processos de co-deriva contingente com a sua participação na rede. (MATURANA, 1999)

Isto significa que, a cada instante, provocamos e sofremos intercorrências diversas. É em função das circunstâncias presentes, que o caminho é definido. Os sistemas sociais usam as conversações ou os processos comunicacionais que se estabelecem para a sua construção autopoética, ou seja, para que os processos de auto-organização se estabeleçam (MATURANA, 1999).

Nesta perspectiva, articulamos a estes referenciais à iniciativa do Ministério da Saúde, que elaborou em 2004 a Portaria 198/04 GM/MS que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e a Portaria 1.996/GM/MS de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para implementação desta Política, servindo de estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), visando trabalhar, transformar e qualificar as práticas de saúde.

O SUS como política brasileira de inclusão social foi criada para atender todos os cidadãos. Inúmeras ações são necessárias para alcançar a integralidade da atenção à saúde, sendo do SUS a responsabilidade de oferecer ferramentas que alcancem este objetivo.

A educação permanente é uma dessas ferramentas por permitir a superação dos limites tanto da formação quanto das práticas tradicionais de saúde visando o cuidado integral. Um dos aspectos fortemente apontados por esta política é que esta seja implementada nos serviços de saúde, visando o envolvimento dos sujeitos que o compõe, partindo de uma aprendizagem significativa, em que os envolvidos construam os processos de mudança e transformação em sua práxis, pautadas em reflexões nascidas a partir de sua prática e contextos vivenciados.

Nesta dimensão de transformação é que a EP dialoga, conforme Silva et. al. (2010), esta transita no sentido contrário da reprodução, que transcende ao aperfeiçoamento técnico, ao possibilitar aos sujeitos-trabalhadores buscarem sua autonomia, cidadania, bem como resgatar sua multidimensionalidade, a qual poderia constituir como fundamento da desalienação.

Os mesmos autores reiteram que a EP de concepção transformadora apresenta-se como alternativa viável de superação de uma práxis reiterativa e reprodutiva de domesticação de tecnicismo, de formas acríicas de fazer, com rotinização, compartimentação de saberes, treinamentos e adestramentos. (SILVA, et. al. 2010)

Entendendo esta capacidade que a EP possui, é que o problema de pesquisa emerge, onde reflexões sobre sua capacidade transformadora nas relações de trabalho dos profissionais da saúde e nos processos de gestão se configuram com um dos eixos para consolidação da EP.

Desse modo destaca-se como questão norteadora deste estudo:

Como os gestores de saúde podem possibilitar a efetivação da EP nas UBS e também no ambiente hospitalar?

O caminho metodológico utilizado para buscar respostas ao questionamento acima se deu sob a forma de pesquisa qualitativa utilizando o modelo de estudo de caso. Esta pesquisa foi desenvolvida no período de dezembro de 2014 e janeiro de 2015, com os gestores de saúde das três Unidades Básicas de Saúde que tem implantados a Estratégia de Saúde da Família e onde se desenvolvem o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, chamadas de Unidades-escola e com os Gestores do Hospital Geral Público e Gestores do Hospital Pediátrico do município de Lages.

Os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos conforme Resolução 466 de 2012 do CNS foram rigorosamente respeitados mediante submissão e aprovação do Projeto de Pesquisa na Plataforma Brasil, com aprovação sem ressalvas conforme parecer nº 921.149

Nosso pressuposto de pesquisa é que a possibilidade de efetivação da EP no ambiente hospitalar e nas UBS, tendo em vista a transformação dos processos formativos e das práticas assistenciais para organização dos serviços de saúde depende, em grande parte, do encaminhamento dado pelos gestores de saúde.

1.1 Objetivos

Para dar conta do questionamento da pesquisa e procurando contribuir com a lacuna de conhecimento que existe nesta área, nomeamos os seguintes objetivos:

1.1.1 Objetivo geral:

Discutir o entendimento dos gestores de saúde e as possibilidades de efetivação da Educação Permanente tanto no ambiente hospitalar como nas UBS.

1.1.2 Objetivos específicos:

- a) Conhecer o entendimento dos gestores das UBS em processo de EP e dos gestores dos hospitais geral e pediátrico sobre a prática da EP;
- b) Descrever a compreensão dos gestores hospitalares sobre as práticas de atenção, gestão e formação em saúde
- c) Identificar as possibilidades de renovação das práticas cotidianas, dos processos de trabalho e das relações assistenciais no ambiente hospitalar.

Esse estudo se apresenta organizado de maneira que após a introdução, apresentamos o Capítulo 1, com a problemática da pesquisa, em seguida o Capítulo 2 com a revisão de literatura, articulando subsídios teóricos sobre Educação de Jovens e Adultos e Educação Permanente, a Configuração da EP em Santa Catarina e apresenta aspectos do modelo de gestão em saúde a partir do fundamento teórico do modelo de co-gestão.

O terceiro capítulo exhibe o referencial metodológico, descrevendo detalhadamente a trajetória de pesquisa utilizada, de modo que o alcance dos objetivos propostos fosse consolidado.

O quarto capítulo, apresenta o cenário de investigação, os sujeitos do estudo, o relato, análise e discussão dos dados coletados de forma distinta.

Por fim o quinto capítulo são realizadas algumas considerações sobre as descobertas realizadas pelo estudo bem como os dilemas que intrigam os profissionais de saúde que investem na possibilidade de mudança.

2 REVISÃO DE LITERATURA

“... mais do que um ser no mundo, o ser humano se tornou Presença no mundo, com o mundo e com os outros. Presença que, reconhecendo a outra presença como um “não-eu” se reconhece como “si própria”. Presença que se pensa a si mesma, que se sabe presença, que intervém, que transforma, que fala do que faz mas também do que sonha, que constata, compara, avalia, valora, que decide, que rompe.”
Paulo Freire (Pedagogia da Autonomia, pg. 18)

A imersão em teorias e conteúdos complexos que esclareçam as relações e as práticas dos seres humanos é um dos grandes desafios encontrados por nós profissionais da saúde, tendo em vista epistemologias contemporâneas tão diversas.

O positivismo que impera em alguns campos de pesquisa na área da saúde, por vezes, faz com que permaneçamos conceitualmente restritos a determinados conceitos de uma área do conhecimento específica, nos tornamos *experts* nas especialidades de nossas profissões, e ali nos mantemos confortáveis.

Adentrar a esse universo reflexivo e problematizador é desafiador, uma vez que as relações de processos de ensino-aprendizagem vivenciadas até agora, exclusivamente se estabeleceram para complementação da minha formação como enfermeira. Romper este contexto é o início da trajetória de construção do projeto de pesquisa, do Programa de Pós-graduação em Educação da UNIPLAC, inserido na linha de pesquisa II - Educação, Processos Socioculturais e Sustentabilidade.

Etapa esta que se caracteriza pela busca de referenciais que tragam subsídios teóricos acerca das categorias elencadas para esta pesquisa: Gestão, Educação Permanente em Saúde. Essas categorias emergiram a partir do estudo exploratório e de revisão sistemática da literatura realizada antecipadamente e com base nos dados SCIELO, BVS, UFSC, UNICAMP, CAPES PERIÓDICOS E CAPES Teses e Dissertações.

Para adentrar no campo dos processos educacionais desenvolvidos pela EP, se faz necessário um resgate das práticas formadoras de jovens e adultos no Brasil, uma vez que a EP transita pelos caminhos de formação de sujeitos adultos.

Salientamos que a presente revisão caracteriza-se de uma necessidade conceitual já que como justificado acima não há como descrever os processos operacionais da EP sem que se

resgate o presente histórico da Educação de Jovens e Adultos (EJA), mesmo não sendo esta uma categoria da presente pesquisa.

2.1 Educação de Jovens e Adultos e Educação Permanente: aproximações teórico-práticas.

Nesse subcapítulo nos dedicamos à reflexão sobre a educação de jovens e adultos tendo em vista o contexto e os atores dessa pesquisa.

O enfoque para as necessidades de educação para jovens e adultos, surge no Brasil oficialmente na década de 40, como a Educação Permanente passa por essa lógica de educação para adultos, inicia-se aqui um breve resgate histórico sobre a Educação de Jovens e Adultos no Brasil visando articular esta realidade Brasileira com os pressupostos da EP.

Ricaldoni e Sena (2006) apontam que a educação tem sido considerada como instrumento para mudanças e transformações em uma sociedade. As transformações sociais e educacionais têm repercussões nos modos de produzir, nos diferentes campos do saber e de produção de bens e serviços. No entanto os mesmos autores ainda apontam que o sistema educacional permanece, hegemonicamente, um sistema de treinamento subalterno para gente subalterna, desvinculando do aprender a aprender e do saber pensar. Com isso não emerge a qualidade buscada.

Nesta perspectiva encontramos em Porcaro *apud* Soares (2012) considerações sobre o despontar da educação de jovens e adultos no Brasil, a partir da 1ª Campanha de Educação de Adultos em 1947, onde o governo, propõe: alfabetização dos adultos analfabetos do país em três meses, oferecimento de um curso primário em duas etapas de sete meses, a capacitação profissional e o desenvolvimento comunitário.

Então, direcionamos a discussão sobre o analfabetismo e a educação de adultos no Brasil a partir da fala de Porcaro *apud* Soares, (2012) quando confirma que a intenção do governo, com a campanha, estava direcionada ao oferecimento do letramento aos adultos analfabetos, uma vez que num período tão curto como o proposto dificilmente se conseguiria construir a alfabetização.

Tendo como principal referência Paulo Freire, surgiu então, um novo paradigma pedagógico – um novo entendimento da relação entre a problemática educacional e a problemática social. Iniciando-se então uma transição paradigmática que marcaria os caminhos da educação, onde as práticas educadoras estavam deixando de ser exclusivamente transmissoras de saberes, para ser construtora de saberes, onde ambos os atores desta prática,

professor e aluno, constituem o elemento fundamental desse processo.

Na percepção de Paulo Freire, portanto, educação e alfabetização se confundem. Alfabetização é o domínio de técnicas para escrever e ler em termos conscientes e resulta numa postura atuante do homem sobre seu contexto. (PORCARO, *apud* SOARES, 2012)

Identifica-se aqui uma grande aproximação da EJA e EP, uma vez que ambas partem do princípio de interferência na estrutura posta, a fim de que as questões a serem trabalhadas no processo de educação, não deixe de fora o contexto em que os indivíduos estão inseridos.

Aliado as considerações de Morin, Silva et al (2010) apontam que o conceito de Educação permanente em saúde foi introduzido pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), nas décadas de 1980 e 1990, mas foi instituída como política pública somente após 2003, sendo compreendida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano das organizações.

O exercício da autonomia dos sujeitos envolvidos nos processos assistenciais, compõe o rol de atribuições conferidas a EP. Conforme Ricaldoni e Sena (2006), a Educação permanente é um processo educativo que ocorre no espaço do pensar e do fazer no trabalho. Dessa forma, tem como desafio estimular o desenvolvimento dos profissionais sobre um contexto de responsabilidades e necessidades de atualização, uma vez, que a educação permanente é um processo de reflexão e crescimento com ciclos de mudanças e transformações, considerando para isso o serviço, o trabalho, o cuidado, a educação e a qualidade da assistência.

Nesta perspectiva Silva et al (2010), apontam que os princípios da Educação Permanente em saúde se estabelecem pela ação e reflexão da realidade vivida no cotidiano de serviço dos profissionais da saúde, de modo a transformar a realidade.

Caminhando na construção deste entrelaçamento teórico, salienta-se outros movimentos que transitaram na lógica de formação de adultos no Brasil como o surgimento do Movimento de Educação de Base (MEB) que nasce como uma iniciativa da Igreja Católica em 1961, por meio do Decreto 50.370, de 21 de março. O decreto previa que o Governo Federal colaboraria com a CNBB - Conferência Nacional de Bispos do Brasil no processo de alfabetização de adultos.

Essa cooperação se daria por meio de convênios consolidados com o MEC, outros Ministérios e Órgãos Federais, que repassariam os recursos para a CNBB. A alfabetização de adultos seria realizada por meio do Movimento de Educação de Base utilizando a rede de emissoras católicas (BRASIL,2005).

Como conceito de educação de base dava destaque ao processo de

autoconscientização das massas e valorização da consciência crítica da realidade incluindo a capacitação do homem a participar do desenvolvimento integral de suas comunidades.

No entanto esse conceito segundo o mesmo autor supracitado, sofre uma desestruturação já nos primeiros meses de 1964.

A essa dissertação interessa que identificamos uma aproximação entre o conceito de educação de base que era apresentado antes do golpe militar, com o conceito de EP, pois em ambos o processo de educação surge da capacidade dos indivíduos de exercerem uma conscientização crítica-reflexiva da realidade onde estão inseridos.

Percebemos com a presente revisão sobre a EJA, que vários aspectos do seu processo de construção estavam embasados pelo método Paulo Freire de educação, os quais priorizavam uma prática libertadora de aprendizagem significativa assentadas em situações reais.

Porcaro (2012) salienta que as ideias de Paulo Freire se expandiram no país e este foi reconhecido nacionalmente por seu trabalho com a educação popular e, mais especificamente, com a educação de adultos.

Nos anos 90, o desafio da EJA passou a ser o estabelecimento de uma política e de metodologias criativas, com a universalização do ensino fundamental de qualidade. Em nível internacional, ocorreu um crescente reconhecimento da importância desse tipo de educação para o fortalecimento da cidadania e da formação cultural da população, devido às conferências organizadas pela UNESCO, criada pela Organização das Nações Unidas para incrementar a educação nos países em desenvolvimento.

Paralelo a esses movimentos na educação, identificamos que a reestruturação dos processos de educação para o trabalho em saúde a partir da década de 90 eram latentes. Com a criação do SUS em 1988, discussões que já se colocavam em pauta relacionadas aos processos de formação dos trabalhadores vieram à tona com a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990³ e se consolidaram com a PNEPS de 2004 e com a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Esses instrumentos legais deram visibilidade à necessidade dos serviços de saúde repensarem suas práticas através dos processos educacionais, buscando transformar as ações de saúde pautadas em possibilidades reflexivas nascidas da prática dos serviços de saúde. Nesse sentido, tornou-se importante o resgate dessas ideias que propiciaram o surgimento da

³ Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

discussão sobre o EJA e que também favoreceram o surgimento das reflexões sobre EP.

Já em 1998, considerando as novas possibilidades para educação do futuro Jacques Delors, em relatório encaminhado à UNESCO, aponta a educação sendo problematizada a partir de quatro pilares fundamentais: **aprender a conhecer** (adquirir cultura geral ampla, evidenciando a necessidade de educação contínua e permanente), **aprender a fazer** (desenvolver competências amplas para o mundo do trabalho), **aprender a conviver juntos** (cooperar com os outros em todas as atividades humanas), e **aprender a ser**, que integra todos os aprendizados, favorecendo ao indivíduo adquirir autonomia e discernimento.

Por sua vez, Lima (2005) aponta que a combinação entre os elementos “experiência”, “ambiente”, e “capacidades individuais/maturação” permite a constituição das diferentes maneiras de aprender. Desde a habituação (estímulo-resposta) e os condicionamentos clássicos e operantes até a formação de comportamentos complexos.

Com o intuito de superar as concepções tradicionais de educação, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em novembro de 2003 e instituiu em fevereiro de 2004, por meio da Portaria GM/MS n. 198/04 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. A implementação da PNEPS implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, ações, serviços, gestão setorial e atenção à saúde (BRASIL/MS, 2004)

Dialogando com esses referenciais, que Silveira (sem ano) aponta que na visão freiriana, a educação é um instrumento para mudar a história dos educandos, principalmente, quando a educação passa a ser vista como um caminho na busca da vida mais digna, onde a *pessoa* começa a ser tratada como um verdadeiro ser humano, o que enseja a construção de uma sociedade mais justa. A pedagogia freiriana oferece, assim, uma esperança de educação que poderá viabilizar aos educandos uma possibilidade de exercer sua cidadania.

A educação permanente considera entre outros, os pressupostos apontados acima, e propõe para os serviços de saúde uma estratégia que alia a experiência dos profissionais da saúde às possibilidades de um aprendizado significativo para pensar e agir nas práticas assistenciais.

Entender que a complexidade dos serviços de saúde transcende a mera necessidade de capacitações e ou treinamentos, é um dos aspectos pontuados pela educação permanente que

não se desvincula as ações de aprender e do saber pensar das práticas institucionais, sendo esse um dos aspectos mais relevantes desta política.

Nesta perspectiva, Freire (1996) considera que a aprendizagem significativa se dá quando a educação começa a ser construída, a partir das leituras de mundo do educando, e o educador faz a mediação do conhecimento e, ao mesmo tempo, ambos constroem-se mutuamente, pois para ele, a leitura do mundo precede a leitura da palavra. Sendo assim, tanto a EJA quanto a EP se aproximam ao proporem que a aprendizagem seja significativa e que as questões geradoras emergem do dia-a-dia dos sujeitos envolvidos no processo de aprender.

Entendendo que estes referenciais alicerçam a presente pesquisa, identificamos que os pressupostos da EP nascem a partir de reflexões construídas dos movimentos da educação popular e educação de jovens e adultos, entendemos também que as possibilidades de mudanças surgem a partir do contexto onde os indivíduos estão inseridos.

2.2 Educação Permanente em Santa Catarina

Destacamos a partir deste ponto a configuração da EP no Estado de Santa Catarina, reiterando que esta, se caracteriza como e para uma Educação de Jovens e Adultos que necessitam aprender uns com os outros para reformularem o trabalho a partir de suas ações. Para tanto segue-se a descrição estrutural da EP no estado de SC.

Andrade et.al. (2011) consideram ainda que ao compreendê-la como educação no/pelo/para o trabalho, busca-se a transformação do processo de trabalho, sob orientação da qualidade da atenção e do acesso aos serviços de saúde.

Desta forma Andrade et.al. (2011) destacam que a transformação e qualificação das práticas de saúde, da organização das ações dos serviços, dos processos formativos e de desenvolvimento dos trabalhadores dessa área, mais do que diretrizes de uma política são prerrogativas de um Estado democrático.

Assim, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS (BRASIL/MS, 2007), alinhando-se à política de fortalecimento da regionalização incorporada pelo Pacto pela Saúde, a Portaria GM/MS no 1.996/07, estabeleceu no seu Art. 2o, que a condução regional da PNEPS ocorreria por meio de Colegiados de Gestão Regional (CGR), definidos como instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e

cooperativa, formados pelos gestores municipais de saúde de uma determinada região e por representantes do gestor estadual.

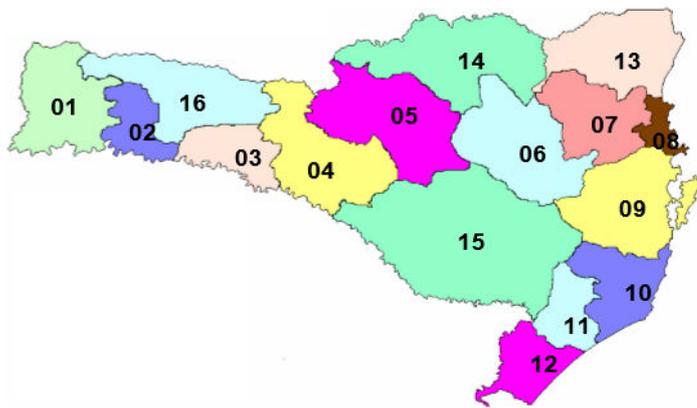
Para a condução da política, a portaria indicou como estratégia a instalação das Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço (CIES), definidas como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da EP. (PNEPS-SC)

Tendo a presente proposta de pesquisa, como cenário, as UBS, uma Instituição hospitalar pública estadual e um Hospital Infantil, se torna pertinente contextualizar brevemente como se configura a nível estadual a Educação Permanente.

Para tanto, Ferraz *et al* (2013), apresentam a configuração da educação permanente do estado de Santa Catarina, em que a partir do Plano Diretor de Regionalização de 2002 (PDR/2002), o Pacto de Gestão do SUS e a Portaria GM/MS Nº 1.996/2007, instituiu 15 Colegiados de Gestão Regional (CGR) – atualmente denominados de Comissões Intergestores Regional (CIR) – e, 15 Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES), que abrangem todos os municípios do estado.

Em 2009 a partir de uma revisão estrutural passaram a funcionar 16 CIR e 16 CIES. Apresentados conforme figura abaixo:

Figura 2: Mapa de Distribuição dos CGR/CIES em Santa Catarina.



COLEGIADOS REGIONAIS	
1	EXTREMO OESTE 01
2	EXTREMO OESTE 02
3	ALTO DO RIO URUGUAI
4	MEIO OESTE
5	ALTO DO RIO DO PEIXE
6	ALTO VALE DO ITAJAÍ
7	MEIO VALE DO ITAJAÍ
8	FOZ DO VALE DO ITAJAÍ
9	GRANDE FLORIANÓPOLIS
10	REGIÃO DE LAGUNA
11	REGIÃO CARBONÍFERA
12	EXTREMO SUL
13	NORDESTE
14	NORTE
15	PLANALTO SERRANO
16	EXTREMO OESTE 03

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Disponível em: www.saude.sc.gov.br

Ferraz et.al. (2013), complementam que em Santa Catarina, a coordenação estadual da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), ocorre por meio da Divisão de Educação Permanente (DEP), subordinada à Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS), da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

É o DEP que articula a política junto a outras estruturas administrativas estaduais e ao MS, presta assessoria direta as 16 CIES, conduz a elaboração e a execução das ações de EPS propostas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde

O Quadro - 1 apresenta a organização dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões de Integração Ensino-Serviço no Estado de Santa Catarina, e ainda, as cidades-sede, as respectivas macrorregiões de saúde a que pertencem e o número de municípios que os compõe. (PEEPS-SC, 2011)

Tabela 1- Distribuição dos Colegiados de Gestão Regional e das CIES no Estado de Santa Catarina

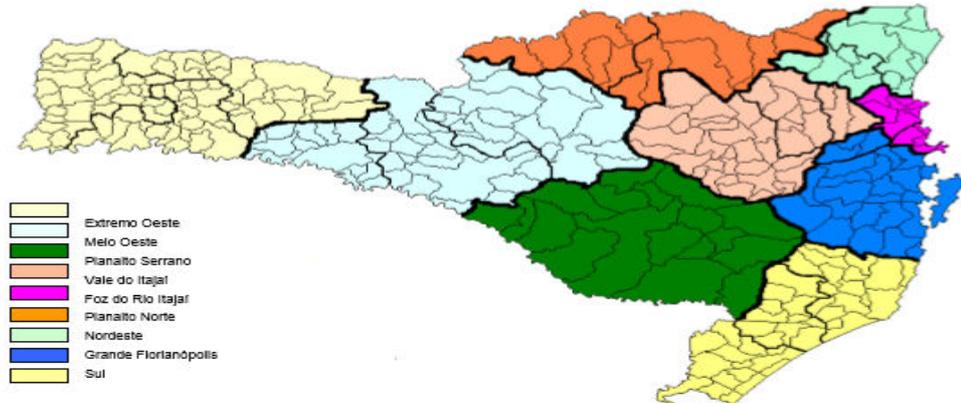
Macrorregiões de Saúde	CIES	CGR	Municípios-sede	Nº Municípios
1.Norte	1. Norte	1. Norte	Canoinhas/Mafra	13
2. Planalto Serrano	2. Planalto Serrano	2. Planalto Serrano	Lages	18
3. Vale do Itajaí	3. Alto Vale do Itajaí	3. Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	28
	4. Médio vale do Itajaí	4. Médio vale do Itajaí	Blumenau	16
4. Meio Oeste	5. Alto Vale do Rio do Peixe	5. Alto Vale do Rio do Peixe	Videira	19
	6. Alto do Rio Uruguai	6. Alto do Rio Uruguai	Concórdia	16
	7. Meio Oeste	7. Meio Oeste	Joaçaba	20
5. Extremo Oeste	8. Extremo Oeste 01	8. Extremo Oeste 01	São Miguel do Oeste	30
	9. Extremo Oeste 02	9. Extremo Oeste 02	Chapecó	25
	10. Extremo Oeste 03	10. Extremo Oeste 03	Xanxerê	21
6. Sul	11. Extremo Sul	11. Extremo Sul	Araranguá	15
	12. Carbonífera	12. Carbonífera	Criciúma	11
	13. Laguna	13. Laguna	Tubarão	17
7. Nordeste	14. Nordeste	14. Nordeste	Joinville	13
8. Grande Florianópolis	15. Grande Florianópolis	15. Grande Florianópolis	Florianópolis	22
9. Foz do Rio Itajaí	16. Foz do Vale do Itajaí	16. Foz do Vale do Itajaí	Itajaí	09

Fonte: Deliberações nº 127/07, 225/CIB/09, 079/CIB/09 E 205/CIB/09 (CIB/SES-SC, 2007 a, 2007 b, 2009) Diretoria de Educação Permanente em Saúde

A organização político-administrativa do estado compreende 293 municípios agrupados em 36 Secretarias de Desenvolvimento Regionais (SDR), 36 Gerências Regionais de Saúde, 16 Regionais de Saúde e 09 Macrorregiões conforme aponta o Plano de

Desenvolvimento Regional - PDR/2008 (SC/SES, 2008). A distribuição das 9 Macrorregiões encontra-se apresentada na Figura 3 a seguir:

Figura 3: Mapa de configuração das Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina



Fonte: PDR/2008 (SES/SC, 2008)

A 15ª Gerência Regional de Saúde corresponde a regional de saúde da Macrorregião do Planalto Serrano, que abrange os 18 municípios da Associação dos Municípios da Região Serrana (AMURES) região destacada na figura 2 pela macrorregião do Planalto Serrano e responde pela gestão do Hospital Público Estadual em que se desenvolveu a pesquisa.

No estado de Santa Catarina há 14 Hospitais Públicos Estaduais. Essas instituições são subordinadas há Secretaria de Estado da Saúde - SES/SC e seguem o disposto no regimento interno da SES/SC. Em relação à estrutura de EPS, encontra-se determinado no regimento interno que compete à gerência de desenvolvimento da rede hospitalar, subordinada diretamente a superintendência dos hospitais públicos estaduais:

XXVII. Participar na elaboração da programação de capacitação de pessoal em articulação com a Escola de Saúde Pública e a Escola de Formação; XXVIII. Articular junto a Escola de Saúde Pública e a Escola de Nível Médio - EFOS, para promover as capacitações dos servidores na Política Nacional de Humanização; XXIX. Propor mecanismos de aproximação com as Instituições de Ensino, visando o fortalecimento da Política Nacional de Humanização, como campo de estágio; XXX. Participar e acompanhar os Convênios firmados entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Instituições de Ensino para estágios de residência médica e demais estágios nas unidades hospitalares próprias.(PEEPS SC 2011, p.36)

Conforme destacado acima, a rede hospitalar está contemplada enquanto espaço de exercício da EP, o que reforça a intenção desta pesquisa em conhecer o entendimento dos gestores de saúde sobre Educação Permanente e sua possibilidade de praticá-la no ambiente hospitalar .

2.3 Gestão dos serviços de saúde: possibilidades de mudança e a ótica da Co-gestão e Método Paidéia

Trazer à tona as discussões sobre os processos de gestão se caracteriza por um desafio a ser vencido, tentar articular pressupostos teóricos da EP aos novos modelos de gestão possibilitam um novo olhar sobre as práticas de educação em serviço.

Consideramos que os processos de gestão nos serviços de saúde passam por uma necessidade de transição epistemológica, em que a lógica de execução do trabalho gerencial, requer uma possibilidade de reflexão nos modos dos fazeres dos gestores, reflexões essas pautadas a partir de conceitos que identificam todos os sujeitos envolvidos no processo de trabalho como co-participes desse processo, nesta lógica identifica-se o modelo de co-gestão e apoio do método Paidéia, propostos por Gastão Wagner de Souza Campos, aliados aos pressupostos da EP como uma possibilidade de transição paradigmática .

Guizardi e Cavalcanti (2010), apontam que no contexto histórico de emergência do campo da administração, o surgimento da gerência sinaliza, principalmente, a redução da autonomia dos trabalhadores sobre a tarefa, condição legitimada pela separação nas organizações sociais, entre o momento da concepção e o da execução das atividades de trabalho.

A análise feita por Campos (2000) apud Guizardi e Cavalcanti (2010) consideram, não obstante seus compromissos democráticos, a efetivação do SUS seguiu os cânones dessa racionalidade gerencial hegemônica, marcada pelo exercício do controle e da disciplina.

Esta dinâmica no processo de trabalho distancia os atores dos processos de trabalho, mantendo os gestores em um patamar de supremacia que demanda apenas de obediência por parte dos profissionais que atuam nas frentes de trabalho, excluindo por completo da relação de trabalho a possibilidade de diálogo e construção de melhorias mútuas para esse processo.

Nesta mesma perspectiva Campos *apud* (Guizardi e Cavalcanti, 2010) consideram que ao propor o objetivo de alterar o modo de gestão das instituições, o autor explicita a intenção de ampliar analiticamente o espaço da política e reconstruir seus modos de operação, indagando sobre a possibilidade das organizações sociais produzirem liberdade e autonomia ao invés de controle e dominação. Para isto, a ampliação do conceito de trabalho torna-se estratégica.

Nesta perspectiva os mesmos autores, lançam mão do recurso a novas fronteiras na delimitação de seus sentidos, procurando ultrapassar a acepção corriqueira de trabalho produtivo, definindo, então, o trabalho como toda atividade humana voltada para a produção

de valores relevantes ao atendimento de necessidades sociais, o que inclui os esforços dirigidos à constituição dos sujeitos e à reconstrução das instituições. (GUIZARDI E CAVALCANTI, 2010)

Nesta lógica que propomos enquanto eixo teórico desta pesquisa amplia a discussão sobre os processos de gestão em saúde, a partir da abordagem do método proposto por Gastão Wagner, conhecido como Método Paidéia.

Campos, (2006) destaca que o método Paidéia busca o aperfeiçoamento de pessoas e instituições. Opera, portanto, diretamente sobre essa terceira instância da polis, isto é, procura realizar um trabalho sistemático junto aos próprios sujeitos, ampliando sua capacidade de atuar sobre o mundo que os cerca, particularmente sobre as instituições e organizações, aproximando-se muito dos pressupostos da EP, o que nos faz acreditar ser possível a articulação destes referenciais como possibilidades para a transformação das práticas de saúde.

O mesmo autor salienta ainda, que o método objetiva aumentar a capacidade de compreensão e de intervenção das pessoas sobre o mundo e sobre si mesmas, contribuindo para instituir processos de construção de sociedades com grau crescente de democracia e de bem-estar social.

Desconstruindo a lógica hegemônica que até então imperava nos serviços de saúde, horizontalizando as relações de trabalho e tornando todos os envolvidos nos processos de trabalho para um movimento de reflexão-ação que repercuta na reconstrução de novas práticas de fazer nos serviços de saúde

Acreditando nesta possibilidade transformadora do método, que optamos em articular esse referencial com a EP, entendendo que ambas se harmonizam na possibilidade transformadora do meio.

Campos (2006) considera ainda que, a Paidéia é, portanto, uma metodologia para a educação de pessoas objetivando a ampliação de sua capacidade de analisar e de intervir sobre o mundo. Não se trata de uma técnica neutra; o método sugerido apóia-se em alguns valores e critérios para balizar a política e a gestão. Não exige espaços terapêuticos ou pedagógicos especiais, como consultórios ou escolas, ainda que possa ser implementado também nesses lugares. (CAMPOS, 2006)

O método Paidéia, para ser realizado, depende da constituição de espaços de co-gestão (co-gestão definida como compartilhamento de poder) e tem a pretensão de ser empregado no trabalho, na gestão de organizações, projetos ou movimentos sociais.

Pretendemos, então, com esta revisão de literatura identificar os pressupostos teóricos que norteiam na atualidade a possibilidade de transição dos modelos de gestão dos serviços de saúde, entendendo que os conceitos propostos pelo Método Paidéia e co-gestão são uma possibilidade para transição dos processos mecanizados e hegemônicos da gestão, pois possibilitam aproximar todos os envolvidos nos processos de trabalho das reais necessidades dos serviços de saúde.

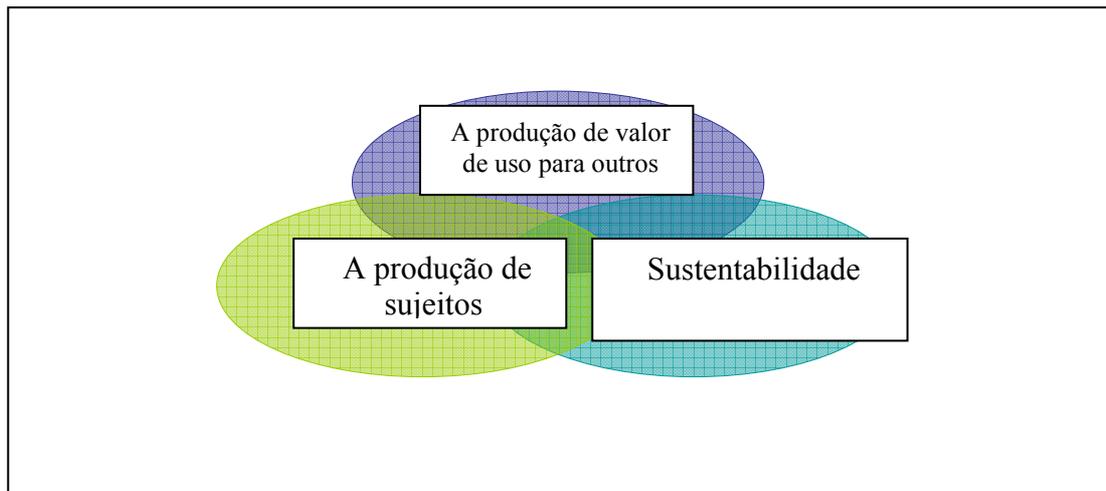
Campos e Cunha (2010) reiteram que, o método reconhece então a importância, a pluralidade e a interpenetração (transversalidade) das instituições, assim como a necessidade de entender esses espaços não somente pelo seu aspecto negativo (as instituições-máquinas de produção de subjetividade e, portanto, de controle), mas também, pelo seu aspecto positivo: espaços de produção de subjetividade passíveis de transformação e instrumentos para realização de desejos coletivos. (CAMPOS E CUNHA, 2010)

Esse Método aposta na politização da gestão, no sentido de que as organizações poderiam incorporar elementos da Polis grega, constituindo Ágoras para negociação e invenção de outras formas de viver no mundo do trabalho. (CAMPOS e CUNHA, 2010).

O método Paidéia é uma proposta de co-gestão de coletivos organizados para a produção de valor de uso (CAMPOS, 2000) que aglutina uma dimensão crítica e uma dimensão propositiva entrelaçadas. A dimensão crítica abarca uma análise do mundo do trabalho e das instituições contemporâneas. A dimensão propositiva engloba um método, propriamente dito, de apoio e co-gestão. Para tal, algumas características são fundamentais. O método assume um compromisso com a democracia institucional, colocando-se ao lado da herança política dos movimentos. (CAMPOS e CUNHA, 2010).

Campos e Cunha, 2010, apontam para outro aspecto importante do Método Paidéia, que é a forma como que ele aponta para esta construção institucional democrática, qual seja, reconhecendo uma tríplice finalidade intrinsecamente conflitiva das instituições, conforme apresentado pelo diagrama abaixo:

Figura 4: Construção institucional democrática do Método Paidéia

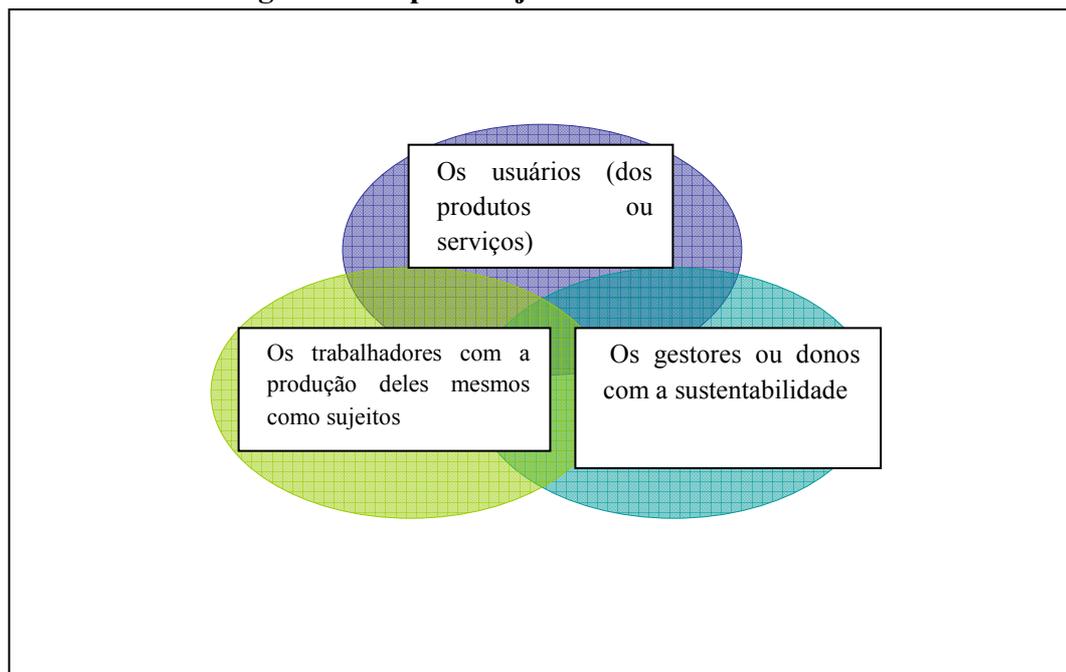


Campos e Cunha, 2010. Elaborado pela autora 2015.

A ideologia dominante costuma reconhecer como legítima apenas a produção de valor de uso e a sustentabilidade (principalmente o lucro no caso de empresas capitalistas). É como se as pessoas e a sociedade devessem viver e existir para as instituições (principalmente o mercado capitalista), e não o contrário. . (CAMPOS e CUNHA, 2010).

É por isto que é relevante no Método Paidéia a definição e a disposição para disputar alguma legitimidade para o tríplice objetivo. O método identifica didaticamente três atores principais identificados a cada um destes objetivos:

Figura 5: Tríplice objetivo do Método Paidéia



Campos e Cunha, 2010. Elaborado pela autora 2015.

Neste contexto, considera-se que a busca pela consolidação do SUS tem exigido dos gestores de saúde, nas diferentes esferas de governo, a identificação e definição de estratégias para resolução dos problemas de recursos humanos em saúde, indicando também a necessidade do fortalecimento das práticas de gestão nesse campo. O desenvolvimento dos profissionais da saúde é um ponto de suma importância para implementar um SUS democrático, equitativo e eficaz.

Neste sentido, ações de educação continuada sintetizam pontos importantes para a reflexão; considerando a retomada de conteúdo, de teorias capazes de fazer avançar o conhecimento (ARRUDA et.al. 2008), diferente dos momentos de EP os quais são reservados à troca de experiências e discussão sobre o cotidiano da saúde. Vale destacar que ambos espaços funcionam como mecanismos capazes de produzir mudanças no perfil profissional, a fim de motivar os profissionais a trabalharem dentro da lógica da transformação das práticas.

Sendo percebidas como mecanismos capazes de produzir mudanças no perfil profissional, a fim de motivar os profissionais a trabalharem dentro da lógica da interdisciplinaridade, da integralidade e da clínica ampliada.(PEEPS SC, 2011 p. 11)

No entanto reforçamos o posicionamento que a priori mantemos, de que se não houver por parte dos gestores, a abertura para esta possibilidade de olhar as relações dos processos de trabalho de forma a envolver todos os sujeitos, ou seja, de se desenvolver uma co-gestão, dificilmente reconhecerão que a EP realmente transforma as práticas dos profissionais dos serviços.

O espírito de gestão conferido ao método Paidéia atribui ao gestor uma possibilidade de aproximação dos seus subordinados, e esse método não prega o descarte da hierarquia nos serviços, ela continua existindo, o que ela postula é que esses sujeitos podem atuar de maneira horizontalizada.

Esta perspectiva vem ao encontro das ponderações de Ceccin, (2005, p.164) em que considera que a introdução da Educação Permanente em Saúde seria estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde.

Dessa forma, seria necessário estabelecer ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, residências, pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde.

Aliados a esta consideração dá-se o encontro com o que se propõe na co-gestão, Guizardi e Cavalcanti (2010) salientam que, o primeiro aspecto a abordar seria a noção de

porosidade, que expressa à necessidade de desfazer a compactação uniforme dos muros institucionais, que delimitam o dentro e o fora dos serviços, abrindo canais de articulação dos processos de trabalho às redes sociais do território.

Tratar-se-ia de uma desconstrução dos limites das unidades, das equipes e mesmo das tarefas e ações realizadas, que somente pode ser proporcionada pelo compromisso dialógico de definir de forma compartilhada os objetivos e estratégias de intervenção, seu valor, seu sentido.

Articulando estes referenciais aos relatos dos gestores sujeitos desta pesquisa, apresentamos a discussão sobre a percepção dos gestores de saúde sobre a prática da EP, com a possibilidade da inserção desta no ambiente hospitalar.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, descrevem-se os procedimentos metodológicos utilizados em função do tema, do problema e dos objetivos. Minayo (2003) cita que este é um momento amplo no qual o investigador deve estar atento para que haja coerência nas colocações.

Para tanto cabe salientar, que essa pesquisa considera que nas últimas décadas, a Universidade pôde buscar uma maior integração com os serviços de saúde na tentativa de reverter o quadro da saúde na região serrana do estado de Santa Catarina.

Nesse sentido, professores do mestrado em Educação da Universidade do Planalto Catarinense – (UNIPLAC), aprovaram em 2013 um projeto em edital⁴ buscando investigar como a integração das estratégias metodológicas de Educação Permanente em Saúde (EPS) e pesquisa-ação podem contribuir na formação dos profissionais inseridos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) .

Esta pesquisa prévia acima descrita, caracteriza-se como um dos eixos norteadores da presente investigação, onde a partir das percepções dos gestores das UBS em que a prática da EP é desenvolvida poderemos problematizar os relatos dos gestores do ambiente hospitalar e UBS.

3.1 Tipo de pesquisa

A metodologia utilizada para execução desta pesquisa se assenta nos pressupostos da pesquisa qualitativa. Para Souza, Fialho e Otani (2007, p. 39) a pesquisa qualitativa:

Considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é instrumento-chave. (SOUZA, FIALHO E OTANI, 2007, p. 39)

⁴Projeto de pesquisa aprovado em chamada pública FAPESC/CNPq nº 04/2012 Universal Responsabilidade: Prof^ª Dr^ª Marina Patrício de Arruda e Prof^ª Ms Mirian Kuhnen. UNIVERSIDADE E SERVIÇOS DE SAÚDE - AMPLIANDO POSSIBILIDADES PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, LAGES-SC

Minayo (2003) destaca que a pesquisa qualitativa trabalha com depoimentos e palavras que estão permeadas de significados, crenças, valores, correspondendo aos processos e fenômenos sociais mais profundos, e em função disso é referida como pesquisa interpretativa, o que não significa que não tenha rigor científico.

Corroborando com a citação acima, que esta pesquisa desenvolveu-se sob a ótica da análise subjetiva dos depoimentos dos sujeitos, onde a partir desta se deu o arcabouço de análise e discussão dos dados.

A forma qualitativa de desenvolvimento desta pesquisa se deu sob forma de estudo de caso. Segundo Ludke e Marli (1986) os estudos de caso enfatizam a interpretação em contexto, quer dizer, para compreender melhor a manifestação geral de um problema, as ações, percepções, comportamentos e interações das pessoas devem ser relacionadas à situação específica em que ocorrem, ou à problemática determinada a que estão ligadas; os estudos de caso buscam retratar a realidade de forma completa e profunda, procurando revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação ou problema. (LUDKE E MARLI, 1986)

3.2 Local de estudo

Para desenvolvimento da pesquisa os locais escolhidos foram três Unidades de Saúde que tem implantados a Estratégia de Saúde da Família e onde se desenvolvem o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, chamadas de Unidades-escola.

Salienta-se que a escolha dessas unidades de saúde se deu, pois nelas foi realizada uma pesquisa sobre EP financiada pela FAPESC/CNPQ ao longo do ano de 2013, de cunho qualitativo de caráter exploratório realizado em 14 (UBS). Participaram do estudo citado acima 208 profissionais e as UBS foram escolhidas por já terem iniciado o processo de EP com os seus profissionais no momento desta pesquisa.

Um ano após essa investigação, alguns resultados divulgados indicaram a necessidade de se retornar às UBS para novo contato com os gestores das Unidades-escola para entrevistá-los sobre o processo de EP.

Os outros locais onde desenvolveu-se esta pesquisa foi, um Hospital Público e um Hospital pediátrico ambos no município de Lages.

3.3 Sujeitos participantes da pesquisa

A definição da amostra na abordagem qualitativa baseia-se na necessidade de

aprofundar e de compreender um grupo social, uma organização, uma instituição ou uma representação. Seu critério, portanto não é numérico. Podemos considerar que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. (MINAYO, 2004 p102).

Esta amostragem foi obtida por acessibilidade ou por conveniência. GIL (1999, p 104) salienta que esse tipo de amostragem é muito aplicado em estudos exploratórios ou qualitativos, dos quais não se requer elevado nível de precisão. Nesse tipo de amostragem, o pesquisador seleciona os participantes aos quais tem acesso.

Os sujeitos envolvidos foram os gestores de saúde do Hospital Público Estadual e neles lêem-se o diretor geral da instituição (01), e o gestor da gerência regional de saúde (01) a qual o hospital é subordinado, gestores do Hospital Infantil e neles lêem-se o Diretor Administrativo (01) e a Gerente de Enfermagem (01) e os Gestores das Unidades Básicas de Saúde - escola do município de Lages, UBS A (03 sujeitos), UBS B (01 sujeito), UBS C (01 sujeito), totalizando 09 participantes da pesquisa.

A pesquisadora realizou um contato inicial com as instituições e os sujeitos, agendando o melhor dia e horário dos mesmos para apresentação formal da proposta de pesquisa, apresentação do TCLE (Apêndice A) e a partir da assinatura deste obteve-se o aceite dos sujeitos para participarem da pesquisa.

Mediante a assinatura do Termo se deu a aplicação da entrevista. Destaca-se que dos 9 sujeitos participantes apenas 1, por inviabilidade logística para agendamento da entrevista, não participou do estudo.

As entrevistas foram realizadas em local reservado em todos os locais do estudo, os profissionais a partir da assinatura do TCLE consentiram o registro das informações através de gravação de áudio, o tempo médio de cada entrevista foi de 20 minutos.

3.4 Procedimentos e Técnicas utilizados para Coleta dos dados

Para a construção desta pesquisa de campo foi utilizado como técnica qualitativa: a entrevista semi-estruturada (Apêndice B). Para Lakatos e Marconi (1991), na entrevista semi-estruturada o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido, tendo liberdade de fazer perguntas em qualquer direção que considere adequada.

Considerando que a entrevista é uma forma privilegiada de interação social, Minayo (2003) ressalta algumas considerações práticas no campo de pesquisa que devem ser consideradas, uma vez que é através da entrevista que o pesquisador busca obter informações

contidas nas falas dos sujeitos.

Entrevistar não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos sujeitos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

A coleta de dados foi realizada nos meses de dezembro de 2014 e janeiro de 2015. Para o alcance dos objetivos desta pesquisa utilizou-se como instrumento para coleta de dados a estratégia de entrevista semi-estruturada, que foi registrada em áudio mediante autorização prévia dos sujeitos a partir do preenchimento do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

O principal objetivo da entrevista é obter informações fidedignas através da conversação, constituindo uma condição social para a interação humana (TRENTINI, PAIM, 2004). Utilizar-se-á a entrevista de modalidade individual, com estrutura semifechada e agendamento prévio.

Na entrevista individual existe estreita relação de aproximação entre o entrevistado e o entrevistador. A estrutura semifechada permite seguir o referencial teórico e o conhecimento específico sobre o tema, e o pesquisador inicia a entrevista partindo de tópicos relacionados ao tema até aprofundar e detalhar as informações de acordo com os objetivos da pesquisa. O roteiro composto por temas e não por questões específicas, oferece ao entrevistador a flexibilidade para explorar de diferentes formas cada participante dependendo de suas características pessoais (TRENTINI, PAIM, 2004).

No que diz respeito aos aspectos éticos em pesquisa, para todos foi garantido o sigilo e anonimato das informações, sendo entregue após o primeiro contato, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE , conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

O encaminhamento deste projeto se deu pela submissão ao comitê de ética em pesquisa através da Plataforma Brasil, sendo aprovado sem restrições conforme parecer nº 921.149. (Apêndice C)

Por questões éticas e para manutenção do sigilo e anonimato dos sujeitos, foram estabelecidos codinomes, escolhidos de forma aleatória pelos sujeitos, no universo de cores, astros, flores, etc. Garantindo assim a proteção dos sujeitos e confidencialidade das informações. Uma rede de comunicação entre participantes e pesquisadora foi estabelecida no sentido de que frente a qualquer dúvida o participante poderá contar com um apoio.

A partir dos dados colhidos o pesquisador se volta para os fundamentos da teoria para uma reflexão sobre os conceitos iniciais, para colocação em dúvida das ideias evidentes.

Assim, se constrói uma nova aproximação ao objeto: “o pensamento antigo que é negado mas não excluído, encontra outros limites e se ilumina na elaboração do presente. O novo contém o antigo incluindo-o numa nova perspectiva” (MINAYO, 2004, p. 234).

O procedimento adotado para a análise dos dados se deu sob a forma de análise de conteúdo, apresentada no capítulo que se segue. Para Bardin (2001) a análise de conteúdo, é um método muito empírico, dependente do tipo de fala a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo, sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações que trabalha a palavra e a prática da língua realizada pelos emissores.

Esta análise e discussão se assenta apartir da organização de categorias de análise, sustentadas sob o alcance do objetivos propostos. A seguir apresenta-se a identificação dos sujeitos conforme descrito no quadro abaixo:

Tabela 2: Gestores das Unidades Básicas de Saúde

	Codiname:	Idade:	Profissão:	Tempo de Formado:	Tempo de atuação na ESF:
01	SOL	26	Enfermeira	5 anos	5 anos
02	LÍRIO	40	Enfermeira	17 anos	09 anos
03	AZUL	29	Enfermeira	5 anos	4 anos
04	ST	30	Enfermeiro	5 a e 6m	5 anos
05	ROSA	41	Enfermeira	1 ano	9 anos como ACS 4 meses – Enfermeira

Elaborado pela autora, 2015.

Tabela 3: Gestores Hospitalares

Codiname	Idade	Profissão	Formação	Tempo de formado	Tempo de atuação na gestão em saúde	Modelo de gestão
FLORES	36	Fisioterapeuta	Espec. em distúrbios do sono. Especialista em saúde pública	14 anos	12 anos	NÃO. Aproveito o que teve sucesso e o que dá certo a gente aplica
ORQUIDEA	31	Enfermeira		10 anos	6 anos	Não
CRAVO	35	Administrador Hospitalar	Esp. Lato Sensu Propaganda e Marketing Esp. Gestão de saúde	15 anos	15 anos	Sim – modelo São Camilo(modelo teórico e prático aprendido na graduação em administração Hospitalar)

Elaborado pela autora, 2015

Ao analisarmos os quadros de identificação dos sujeitos da pesquisa, dos gestores das UBS e dos Hospitais identificamos que nas UBS há uma unanimidade da gestão destes espaços sendo desempenhada pelo profissional enfermeiro(a). Característica esta que aproxima a pesquisadora do universo do trabalho destes profissionais por fazer parte da mesma categoria. No entanto, há que se reconhecer que por vezes durante a trajetória da análise há um estranhamento por parte da pesquisadora no que diz respeito aos posicionamentos dos gestores das UBS.

Para os gestores dos hospitais identifica-se uma diversidade na formação de base desses profissionais, apenas um dos gestores dos hospitais possui formação específica para gestão hospitalar. Como o foco desta dissertação é propor a EP para o ambiente hospitalar sustentada a partir de um subsídio teórico de gestão voltada para um modelo compartilhado de gestão, fez parte da entrevista para esses sujeitos o questionamento se seguiam algum modelo teórico de gestão em sua prática.

Foi possível observar que esta característica não se faz presente na atuação dos gestores hospitalares sujeitos desta pesquisa. O que passa ser discutido a seguir nas categorias analisadas na discussão dos dados.

4 DISCUSSÃO DOS DADOS, DESCOBERTAS E DILEMAS DE PESQUISA

Este capítulo apresenta a interlocução entre os depoimentos dos gestores entrevistados e o arcabouço teórico que sustenta a pesquisa, no intuito de aproximar as concepções e práticas dos sujeitos com o apresentado na literatura.

4.1 O entendimento dos gestores das UBS e dos hospitais: desafios e dilemas na prática da EP

Nesse subcapítulo trataremos os dados levantados tendo em vista o primeiro objetivo específico dessa pesquisa. Para compreendermos o entendimento tanto dos gestores das UBS, que já passaram pela experiência da EP, como dos gestores dos hospitais nos propomos a discutir os dados colhidos para a pesquisa.

A questão lançada para os gestores das UBS foi “Como acontece a Educação Permanente nessa Unidade?” E para os Gestores do hospital o questionamento foi: Qual sua compreensão sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde?

Como já apresentado anteriormente na introdução deste estudo, no município de Lages a Educação Permanente se configura como uma prática já em desenvolvimento nas UBS, neste sentido é que o questionamento proposto visou identificar os modelos de execução desta prática nestes espaços de saúde. Para tanto destacamos que obtivemos respostas idênticas de alguns sujeitos, onde a maioria destacou a periodicidade dos encontros em sua descrição, como mostramos abaixo:

***AZUL-** o espaço de EP é realizado a cada 15 dias 2 horas. Contudo percebo a EP junto a reunião de equipe toda semana.*

***LÍRIO -** A Educação Permanente ocorre formalmente a cada 15 dias, nas quintas-feiras 2 horas. Mas informalmente todos os dias.*

***SOL-** Quinzenalmente ainda em processo de adaptação. Alguns encontros ainda desviados em EC.*

ST – na primeira e terceira quinta-feira de cada mês.

A partir dos relatos acima, identifica-se alguns aspectos que merecem destaque. A proposta da Educação permanente enquanto política pretende reorganizar os modos de fazer saúde dos serviços a partir da construção de práticas que visem atingir os contextos específicos de cada território.

Uma vez em que se propõe reunir os diversos atores sociais que participam desse processo, ou seja, os diversos profissionais que compõem a equipe de saúde, é através desses diversos olhares sobre a realidade que estão inseridos que surgem as possibilidades de transformar suas práticas de atenção a saúde .

Neste sentido que o destinar de um tempo e período específico para EP, compreende um dos eixos que sustentam essa política, cabe aos profissionais de saúde e principalmente os gestores das unidades fazerem o movimento de encontrar-se coletivamente para discutir-refletir-planejar as ações para suas demandas do serviço.

Essa análise se pauta nos subsídios teóricos buscados nessa trajetória de pesquisa mas se reforça nos relatos dos sujeitos, retomo aqui a fala de **LÍRIO**- onde destaca que *há encontros formais quinzenalmente, mas que todos os dias a EP acontece*, pois é na vivência diária dos processos de trabalho que as demandas surgem, cabe aos profissionais trabalharem essa capacidade de identificação destes aspectos .

Conforme Ricaldoni e Sena (2006), a Educação permanente é um processo educativo que ocorre no espaço do pensar e do fazer no trabalho. Tem como desafio estimular o desenvolvimento dos profissionais sobre um contexto de responsabilidades e necessidades de atualização, uma vez, que a educação permanente é um processo de reflexão e crescimento com ciclos de mudanças e transformações, considerando para isso o serviço, o trabalho, o cuidado, a educação e a qualidade da assistência.

Ainda sobre o questionamento de como acontece a EP, apenas um sujeito deu maiores detalhes:

ROSA- *Bem, a educação permanente ela acontece de 15 em 15 dias, sempre nas quintas-feiras, é... a unidade é fechada a partir das três horas da tarde e... é reunido todas as equipes, que são 3 áreas, daí existe um gestor, que na realidade agora pelo fato delas estarem em férias, os dois gestores, tem uma gestora na unidade, então ela que organiza prepara né a EP e a gente faz um encontro com todas as três áreas ali, e a comunidade é informada desse horário é colocado um cartaz na porta de entrada e os ACS também eles já informaram que nesse horário e sempre de 15 em 15 dias a unidade é fechada.*

A resposta acima sinaliza o compromisso da administração pública em fazer acontecer a EP pois ela conta com a possibilidade de ter as portas da UBS fechadas para o atendimento ao usuário, criando um momento especial de reflexão.

Diante da situação problemática que se encontra a saúde no Brasil, é uma atitude louvável a criação e adoção dessa política pública pedagógica que certamente contribuirá para a promoção da saúde e da renovação do trabalho em equipe entre profissionais, gestores e comunidade. Mas não basta o horário sistemático e o espaço, é preciso conhecer o modo como a EP acontece.

Salienta-se também que os sujeitos envolvidos na EP não são apenas os profissionais da equipe, os usuários do serviço também precisam compreender esse processo de “portas fechadas” como uma necessidade do serviço para construção de modos de fazer saúde voltados para a comunidade.

Arruda (2012, p. 143) afirma que “ao percebermos a educação permanente como uma estratégia de ação para o enfrentamento de mudanças e imprevistos da vida”, podemos considerá-la como a própria “educação para a vida, pois é uma maneira de se preocupar com o mundo cercado por incertezas” e imprevistos que influenciam a vida humana.

Para a autora, a educação permanente pode ser vista como estratégia para a renovação da prática por meio de reflexão e da relação de trocas entre as pessoas (ARRUDA et al, 2008).

Ainda na perspectiva de conhecer o entendimento dos gestores sobre a EP, buscou-se identificar o entendimento dos gestores hospitalares sobre essa política através da primeira pergunta que assim se configurou: “Qual sua compreensão sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde?”

***FLORES:** é fundamental, a educação permanente deveria ser não só em profissionais que se envolvem seja qual for a área, mas eu vejo que a EP deveria ser aberta a toda a população nós temos algumas situações que são culturais e nós sofremos por isso então acho que extrema importância e é isso que a gente tem buscado nesse período que eu to aqui, aliás no período que eu fui secretária de saúde, depois quando eu fui coordenadora do colegiado de secretários, na regional de saúde e aqui é... eu continuo com o mesmo envolvimento e a mesma proposta sabe, é no diálogo, é esclarecendo, é buscando alternativas de resolver e se existem dificuldades vamos atrás então é esse o caminho acredito eu.*

Um dos aspectos destacados pela EP enquanto política, é que sua operacionalização deve acontecer a partir das vivências identificadas pelas pessoas/equipe que compõem o

serviço, as demandas surgem das diferentes percepções dos sujeitos envolvidos sobre as necessidades de saúde de determinada população.

Para **FLORES**, evidenciamos que esta concepção está clara, uma vez que destaca que o seu envolvimento com a proposta da EP se assenta em aspectos fundamentais desta política, ou seja, “ *é no diálogo, é esclarecendo, é buscando alternativas de resolver e se existem dificuldades vamos atrás então é esse o caminho acredito eu.*”

Expandir as possibilidades de diálogo, de construção coletiva das práticas e de participação da equipe multiprofissional no ambiente hospitalar, é sem dúvida um caminho seguro para o exercício da EP neste espaço. Essa possibilidade inevitavelmente passa pela figura do gestor do serviço, é ele que deve entender ou não se essas características são essenciais para as boas práticas de saúde dentro da instituição.

Nesta perspectiva, Cunha & Campos (2010) consideram que o Método Paidéia, reconhece então a importância, a pluralidade e a interpenetração (transversalidade) das instituições, assim como a necessidade de entender esses espaços não somente pelo seu aspecto negativo (as instituições máquinas de produção de subjetividade e, portanto de controle), mas também pelo seu aspecto positivo: espaços de produção de subjetividade passíveis de transformação e instrumentos para realização de desejos coletivos (CUNHA e CAMPOS, 2010, p.32)

Ainda na busca pelo entendimento dos gestores do ambiente hospitalar, encontramos em Orquídea, o seguinte relato;

ORQUÍDEA: *é um investimento que o ministério da saúde está fazendo intensamente, até mais ou menos os 4 últimos anos a gente viu que eles vieram intensamente ,o último ano a gente já sentiu que deu uma diminuída né, em relação a isso, só que a gente ainda percebe que o investimento é muito mais na atenção básica do que no setor hospitalar, a gente vê que na área hospitalar é muito pequeno o incentivo da política nacional, do incentivo financeiro a gente vê que é bem mais carente do que na atenção básica.*

Identificamos na fala acima, que o foco percebido pelos profissionais sobre o lócus de exercício da EP, ainda se centra na atenção básica, fato esse que não se justifica na PNEPS, uma vez que dentre outros, ela surge com a intenção de contribuir na consolidação do SUS para todos os espaços de atenção a saúde.

CRAVO- *“ fundamental, acredito e pratico diariamente na minha atividade profissional,todas as atividades políticas, projetos, que visem e tenham como objetivo o desenvolvimento da área da saúde seja ele acadêmico pedagógico, técnico-científico é imprescindível aos gestores hospitalares.”*

Contribuindo com o posicionamento apresentado pelo relato acima, encontramos em Ceccim, (2005), uma definição fundamental para EP enquanto possibilidade transformadora das práticas em saúde, o autor afirma que:

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola. (CECCIM, 2005)

As mudanças provocadas pela EP nas UBS foram captadas através do seguinte questionamento; O que mudou desde a implantação da EP nessa Unidade? Os relatos obtidos dos gestores destes espaços apontam para aspectos positivos que aconteceram nos serviços, onde a construção de espaços coletivos e democráticos para discussões surgem como resultado do fazer EP o que possibilita um aprendizado coletivo e significativo de novos modos de fazer saúde.

***AZUL-** mudou a maneira de olhar o processo de trabalho, de sempre buscar alternativas a partir do problema.*

***LÍRIO -** a cada dia observa-se mudanças, nas posturas, no conhecimento, no relacionamento interpessoal, no atendimento as pessoas, mudanças positivas.*

***SOL-** a socialização da equipe. Embora ainda falte adesão de alguns. É um momento de compartilhamento que reflete diretamente na prática diária.*

***ST –** foi possível tomada de decisão de forma mais legítima e mais eficiente pela equipe de saúde.*

***ROSA -** é que assim a EP o momento do encontro ham.. todos digamos assim os membros da equipe eles conseguem assim ta passando para.. no momento as dificuldades né o que está acontecendo dentro da unidade e também dentro da comunidade dentro da área de atuação deles, então a gente procura pegar esse momento para estar vendo as sugestões dos membros da equipe as críticas né, os pontos que devem ser trabalhados que devem ser melhorados, ah então assim, é um momento que o profissional ele tira para melhora, para melhora tanto da equipe dentro quanto para comunidade, então trabalha com os pontos negativos e os pontos positivos.*

Construir um movimento de mudança nos serviços de saúde não é tarefa fácil, o modelo hegemônico de saúde que até bem pouco tempo dominava os modelos de atenção, formação e educação em saúde, passam a ser pensados sob uma nova ótica a partir na 8ª Conferência

Nacional de Saúde em 1986, de onde emerge o SUS em 1988, e todas as políticas que dela advém, são os caminhos que pretendem levar a construção de um sistema de saúde ideal.

Nos chama a atenção um dos depoimentos por sinalizar “*a tomada de decisão de forma mais legítima e mais eficiente pela equipe de saúde*”. Esse depoimento aponta que o gestor entende Educação Permanente como conhecimento no sentido orgânico de mudança.

A reestruturação dos serviços, a partir de decisões legítimas sobre o cotidiano de trabalho, transforma também o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo de ensino aprendizagem (MOTTA; RIBEIRO, 2005).

Acreditando ser a EP uma estratégia possível em busca da consolidação do SUS, percebe-se a necessidade de que os serviços de atenção a saúde estejam interligados pela mesma lógica, neste sentido ao questionarmos os gestores hospitalares sobre esse saber das práticas das UBS através das perguntas, O que você sabe sobre a experiência de EP nas unidades básicas de saúde em Lages? Obtivemos os seguintes relatos:

FLORES: *Eu sei que ela existe, eu sei que existem alguns momentos que se fazem isso tanto em parceria com estado e municípios é... sempre que eu falo isso eu falo dos 18 municípios da região, eu não consigo ver a atenção básica de Lages diferente dos outros 17 municípios porque a sobrecarga sempre será Lages né, então eu digo que é um trabalho contínuo porém não só de Lages do que Lages vai absorver é que o município aqui vizinho ele não tem vai pegar o endereço do vizinho e vai estar em Lages, a gente tem que trabalhar a região.*

ORQUÍDEA: *que a unidade ficava fechada uma vez a cada 15 dias pra esse tipo de educação. Que toda equipe se reunia, eu acredito que a demanda vinha pela equipe, não tinha um cronograma fechado, determinado pela secretaria.*

CRAVO: *conheço, posso por exemplo te exemplificar um caso, que inclusive a gente tomou conhecimento mais recentemente que é to protocolo de atendimento da enfermagem inclusive nas unidades né, em que o objeto principal dela desse protocolo é tentar fazer com que algum paciente com determinados perfis não necessitasse de chegar até o atendimento com o médico.*

Seguindo na perspectiva de identificar o entendimento dos gestores sobre a EP indagamos aos gestores dos hospitais: Você conhece as experiências da Educação Permanente desenvolvidas em Lages?

FLORES: *Sim conheço.*

ORQUÍDEA: *conheço alguma coisa que foi implementado da atenção básica que eram se não me engano uma vez por semana ou a cada 15 dias que as unidades se reuniam, mais nesse sentido. que a unidade ficava fechada.*

CRAVO: conheço as experiências desenvolvidas no hospital nossa senhora dos prazeres, conheço as experiências desenvolvidas, algumas delas na atenção básica em razão de ser membro do conselho municipal de saúde mas uma vez Sonimary, não com propriedade, conheço contextualmente. E conheço as aqui praticadas pelo hospital infantil.

Identificamos a partir das falas dos gestores que ainda existe uma lacuna entre os serviços de saúde, os gestores do hospital conhecem superficialmente as práticas de EP realizadas nos espaços das UBS, mesmo recebendo boa parte de sua demanda oriunda das UBS.

Foi possível identificar também a partir da fala do sujeito CRAVO que o entendimento voltado à capacitação profissional é o que lhes remete o pensamento quando questionamos sobre EP.

Como se a EP transitasse unicamente com intuito de capacitar o sujeito, o que não foge a sua capacidade, claro, mas que sabemos ela vai muito além das práticas formativas formais, onde temáticas específicas são abordadas no sentido de dar suporte teórico para determinada conduta.

A EP considera o espaço do trabalho dos sujeitos como terreno fértil para o semear de novas possibilidades de produzir saúde, o envolvimento de diversos atores sociais envolvidos neste universo do trabalho constitui-se como sua grande capacidade transformadora, pois é através da problematização da realidade vivenciada por esses atores que nascem as possíveis mudanças dos modelos de atenção a saúde.

Para Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006), o ato de problematizar a realidade gera o desejo de mudança, uma vez que favorece a sensação incômodo, a percepção de insatisfação com o realizado. Neste sentido percebemos que a possibilidade de mudança surge quando esta sensação de incomodo coletivo promove a capacidade de pensar coletivamente, em prol de uma ação que emergiu de uma situação significativa.

Neste sentido caminhamos ao encontro de Morin, (2000, p. 35), quando aponta que o conhecimento das informações ou dos dados isolados é insuficiente. É preciso situar as informações e os dados em seu contexto para que adquiram sentido.

A busca pelo significado das ações é um dos eixos da EP, pois ela pretende com seu exercício prático captar dos indivíduos que dela fazem parte, as percepções do universo que as rodeiam, uma determinada situação pontual em um serviço de saúde, que aqui podemos identificá-la como situação problema, ou seja, no sentido estar sendo problematizada por um coletivo, pode assumir diversas formas de ser apresentada pois o olhar de cada profissional

que compõem a equipe de saúde estará analisando criticamente determinada situação, partindo de sua maneira de ver o mundo.

Freire, (1996, p. 39), afirma, o que de que se precisa é possibilitar, que, voltando-se sobre si mesma, através da reflexão sobre a prática, a curiosidade ingênua, percebendo-se como tal, se vá tornando crítica. É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se, pode melhorar a próxima prática.

Adentrar no significado que os sujeitos atribuem a EP nas suas práticas foi o próximo questionamento colocado aos sujeitos da pesquisa, solicitamos que atribuíssem 4 palavras que lhes viessem a mente quando pensavam em Educação Permanente.

Abaixo sob forma de diagrama apresentamos o que para cada gestor significa a educação permanente.

AZUL- Responde pela gestão de 1 equipe de ESF em 1 UBS- escola, 29 anos, Enfermeira, formada há 5 anos, atua na Estratégia de Saúde da Família há 4 anos.

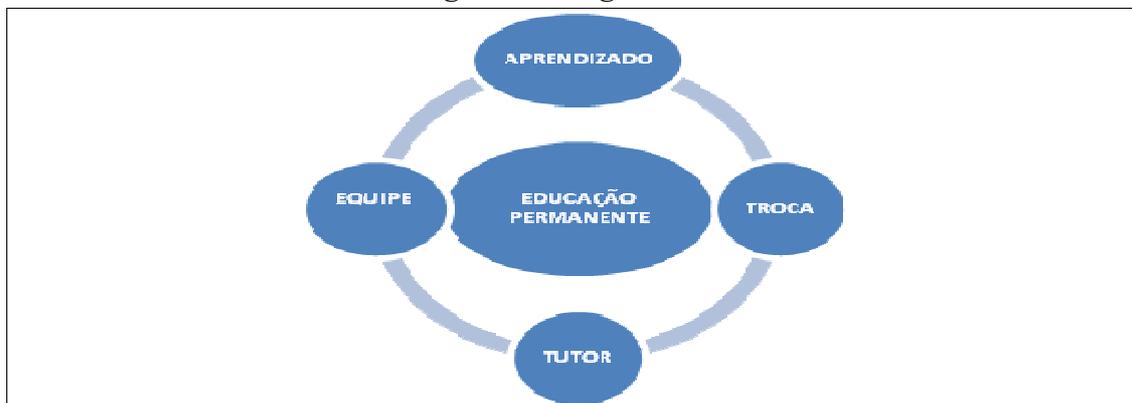
Figura 6: Diagrama de Azul



Elaborado pela autora 2015.

LÍRIO – atua na gestão de 1 equipe de saúde da família em uma UBS-escola, Enfermeira formada há 17 anos, sua experiência na gestão é de 9 anos.

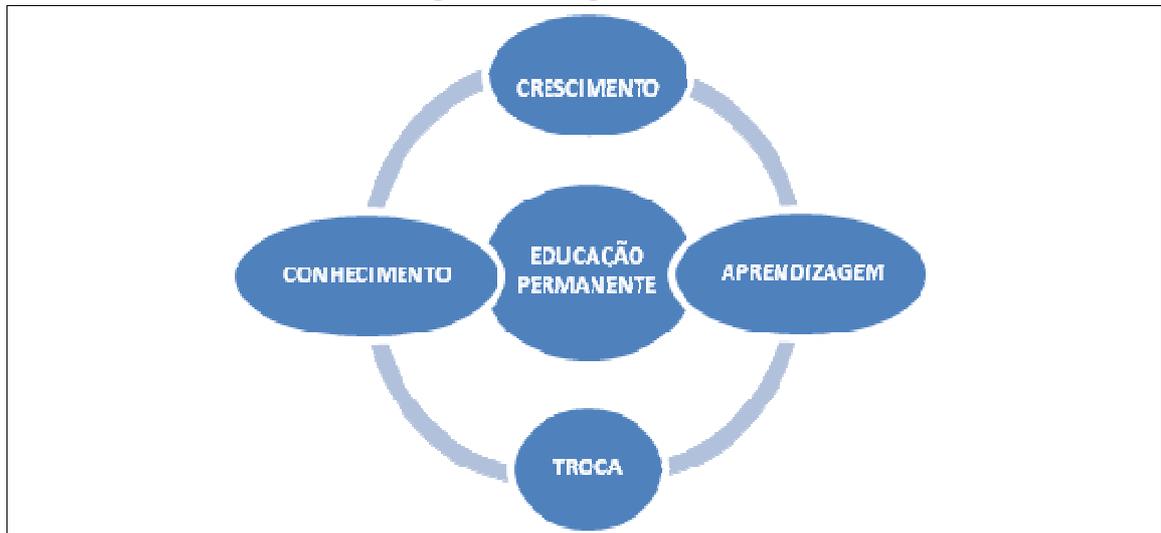
Figura 7: Diagrama de Lírio



Elaborado pela autora 2015.

SOL – Gestora de uma UBS- Escola, enfermeira formada há 5 anos, atua em ESF há 5 anos.

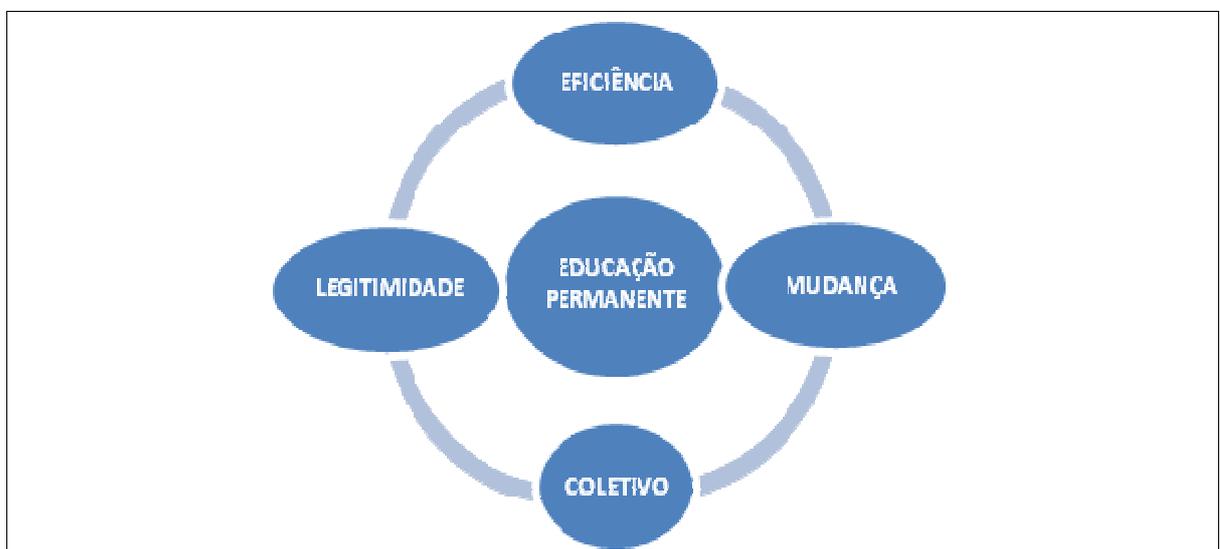
Figura 8- Diagrama de Sol



Elaborado pela autora 2015.

ST – Enfermeiro, atua na gestão de 1 equipe de ESF em uma UBS-escola, formado a 5 anos e 6 meses, atua na ESF há 5 anos

Figura 9: Diagrama de ST



Elaborado pela autora 2015.

ROSA- Enfermeira, atua como gestora de uma equipe de ESF em uma UBS-escola, formada há 1 ano, atua como enfermeira há 9 meses.

Figura 10: Diagrama de Rosa



Elaborado pela autora 2015.

FLORES- Fisioterapeuta, 36 anos, formada há 14 anos, atua na gestão de serviços de saúde há 12 anos, no momento responde pela gestão de um Hospital Geral Público.

Figura 11: Diagrama de Flores



Elaborado pela autora 2015.

ORQUÍDEA- Enfermeira 31 anos, atua na gestão da equipe de enfermagem de um Hospital Infantil, tempo de atuação em gestão 6 anos.

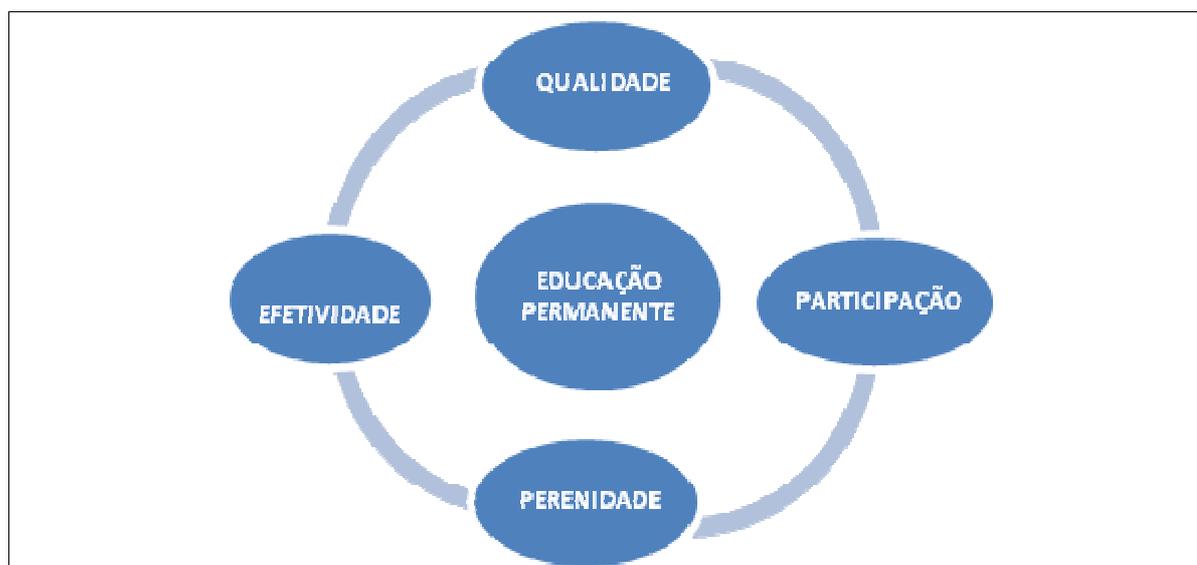
Figura 12: Diagrama de Orquídea



Elaborado pela autora 2015.

CRAVO- Administrador hospitalar, 36 anos, atua na gestão hospitalar há 15 anos, atua como administrador hospitalar de um Hospital Infantil.

Figura 13: Diagrama de Cravo



Elaborado pela autora 2015.

Os diagramas que representam o significado da EP para os gestores, são a organização visual que entendemos facilitar a compreensão do leitor, centrada como eixo mobilizador das palavras descritas pelos sujeitos, a EP representa o pilar para os serviços de saúde construírem sua práticas de saúde na perspectiva de transformação.

Cabe ao gestor do serviço entender que a renovação das práticas deve surgir da construção coletiva de novos modelos, percebe-se através da análise dos diagramas que os gestores sujeitos desta pesquisa entendem a EP como agente articulador de práticas coletivas.

Para os gestores das UBS onde a EP se configura como espaço organizacional já instituído, há que se considerar que as palavras atribuídas a ela remetem ao exercício crítico-reflexivo-coletivo de repensar a prática para construir as ações.

O que ainda para os gestores do hospital identifica-se o viés da qualificação como sendo o eixo principal da EP, fato esse que não se considera fora da proposta da EP, no entanto a qualificação vem como resultado do que se propõe nesta política.

O ambiente hospitalar mesmo com as transformações nos modelos de gestão em saúde adentrando seus espaços, ainda se caracteriza como um espaço de forte controle hierárquico, onde a EP pode sim configurar-se como agente transformador destes modelos de controle.

Desta forma, Cecílio e Merhy, (2003, p. 2), sobre as instituições hospitalares, consideram que,

... o cuidado nas organizações de saúde em geral, mas no hospital em particular, é por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça. (CECÍLIO E MERHY, 2003, P. 2)

Ceccim, (2005, p. 168-169) considera, que a construção conceitual e prática do trabalho em equipe decorre do esforço de mudar o trabalho técnico verticalmente hierarquizado para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com possibilidades a autonomia e a criatividade no fazer coletivo.

Nesta perspectiva Miranda apud Guimarães, Martin e Rabelo (2010), consideram a Educação Permanente em Saúde como uma estratégia dinâmica e eficaz para gerar novos modelos e processos de trabalho nos estabelecimentos de saúde.

Entendendo ser o gestor o ponto determinante para o sucesso ou não de renovação das práticas em saúde, encontramos em Gastão Wagner de Souza Campos, um modelo de gestão

que se articula aos princípios da EP, no sentido de envolver os sujeitos como agentes ativos nos processos de mudança.

O método Paidéia proposto por Campos, objetiva aumentar a capacidade de compreensão e de intervenção das pessoas sobre o mundo e sobre si mesmas, contribuindo para instituir processos de construção de sociedades com grau crescente de democracia e bem-estar social. (Campos, 2006, p.20).

Ao buscarmos traduzir o conhecimento dos gestores por meio dos diagramas tentamos mostrar que as práticas de saúde são definidas por múltiplos fatores e ideias que na sua maioria seguem a lógica da promoção da saúde. Os gestores associaram mudança, relação de troca, aprendizado à concepção de uma educação comprometida com a possibilidade de consolidar o SUS.

4.2 A implicação dos gestores hospitalares com a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação em saúde.

Nesse subcapítulo buscamos dar conta do objetivo específico que visou; Descrever a compreensão dos gestores hospitalares sobre as práticas de atenção, gestão e formação em saúde.

Como já identificado acima, percebe-se ainda o hospital como um espaço de centralização hegemônica das ações onde os profissionais envolvidos sejam da gestão ou os que prestam assistência direta aos usuários dos serviços, não possuem uma interlocução entre suas ações.

Merhy e Cecilio, (2002) destacam que uma das grandes sobrecargas - talvez a maior – do processo gerencial do hospital contemporâneo é conseguir coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais que resulte em uma dada coordenação do cuidado. (MERHY & CECÍLIO, 2002)

No sentido de captar a implicação dos gestores sobre as práticas de atenção, gestão e formação em saúde, 4 perguntas da entrevista destinavam-se a identificar estes aspectos. A primeira delas foi: Há alguma atividade relacionada à EP sendo desenvolvida neste hospital? Qual?

***FLORES:** Sim nós estamos com é ... o controle de infecção hospitalar, existem hann uma situação do DEP que eles tem passado em todos os setores primeiro para lembra de como lavar as mãos. O básico do básico do básico... estamos com uma proposta de resíduos da parte de lixo, né.. que nós estamos tentando lembrar aos colegas, não digo ensinar, porque sai de formação mas cabe a cada profissional é botar em prática ou não, mas agente tem lembrado eles da parte de resíduos da parte de lixo, que a gente está buscando reciclar*

alguma coisa a proposta é que a gente faça isso 100% no hospital é... nós tivemos a poucos dias também é... um seminário sobre práticas de enfermagem e aí agora agente teve esse recesso e a turma está entrando e a gente retorna. (Gestora Hospital Geral Público)

ORQUÍDEA: *então nós também a demanda solicitada para educação permanente vem da equipe, anualmente a gente faz um cronograma, aberto também, que se precisar alterar a gente altera, e são demandas solicitadas pelos funcionários. E COMO ACONTECE? Uma vez ao mês, nós damos preferência sempre no horário de serviço, até para ter maior participação, porque quando é fora de horário é muito difícil de participarem, é durante o expediente realmente.*

(Gestora de Enfermagem do Hospital Infantil)

CRAVO: *nós temos especificamente na área de enfermagem, nós temos um programa de educação permanente que é desenvolvido pelo grupo de enfermeiras, então uma periodicidade são elencados temas de importância do nosso dia a dia e é atribuído a cada um dos enfermeiros para que apliquem isso a demais equipe de colaboradores. Para que se replique, isso de forma corriqueira. Nós temos de forma eventual a participação e o envio de colaboradores para as mais diversas atividades educacionais possíveis, jornadas palestras, congressos e por aí vai...mas o que eu acho que é mais importante disso Sonimary, apesar de talvez não se enquadrar dentro do q você gostaria de ouvir sobre educação permanente mas que eu acho q isso é fundamental. Nós temos um programa dentro da instituição que é um programa de incentivo a continuidade e até mesmo início dos colaboradores nas atividades acadêmicas. Então nós temos bolsistas de todos os níveis, de graduação, pós-graduação, aperfeiçoamento profissional como instrumentação cirúrgica por exemplo, que visam preparar esse profissional para continuar, melhorar e expandir a sua carreira profissional dentro da nossa instituição, custeados pelo hospital infantil, e a gente incentiva muito isso, com que o colaborador busque. Para que a gente possa criar uma cultura de ensino dentro da instituição para depois favorecer as demais atividades. Outro projeto que é bem interessante e que vai bem de encontro com a EP, nós temos aqui dentro um ponto do educa SUS, um ponto de tele conferencias , ... que transmite toda agenda do educa SUS e aí os assuntos são desde os administrativos , faturamento, jurídicos, atendimento ao paciente assuntos técnicos de enfermagem técnico médicos, enfim esse também é um programa permanente, do próprio ministério da saúde.*

(Gestor do Hospital Infantil)

A partir dos relatos acima identificamos com maior clareza que os gestores hospitalares identificam o conceito de Educação permanente como capacitação formal de temática específica a ser aplicada aos sujeitos, aproximando-se muito mais essa prática do conceito de educação continuada.

Salienta-se que não há prejuízo para os serviços as práticas de educação continuada, muito pelo contrário, eles são extremamente necessários, uma vez que as tecnologias em saúde sofrem um avanço acentuado, mas, desde que esses momentos de capacitação/ cursos e ou aperfeiçoamentos oferecidos pelas instituições se pautem nas demandas solicitadas pelos profissionais que atuam nestes serviços.

Caso isso não ocorra o significado que deve ser atribuído as práticas formativas se perde neste abismo onde teoria e prática não se conversam, passando esses momentos a serem simples momentos de transmissão de informação, pois a aquisição do conhecimento perpassa pela necessidade de que este seja pertinente.

Neste sentido Morin (2000), nos revela os sete saberes necessários para educação do futuro, onde destacamos, “os princípios do conhecimento pertinente”,... “O conhecimento das informações ou dos dados isolados é insuficiente. É preciso situar as informações e os dados em seu contexto para que adquiram sentido. Para ter sentido, a palavra necessita do texto, que é o próprio contexto, e o texto necessita do contexto no qual se anuncia. (MORIN, 2000, p. 36).

A segunda pergunta relacionada a implicação dos gestores com a EP, foi a seguinte: Você já vivenciou alguma experiência de EP? Qual? Onde?

FLORES: *Já vivenciei, é.. dentro da secretaria de saúde de urupema, na qual eu entrei como fisioterapeuta e assumi como secretária por 8 anos e aí como coordenadora do colegiado que nós fizemos, é que nós tínhamos recursos através do CIES né e aí a gente conseguia agregar algumas coisas, na coordenação do colegiado também participei e deu certo e na Gerência Regional de Saúde era uma constância porque nós tínhamos recursos carimbados da vigilância sanitária, vigilância epidemiológica da atenção básica, porém eu vejo tudo isso como um pacote só né uma coisa puxa a outra e agora no hospital a gente está tendo a oportunidade de manter.*

ORQUÍDEA: *vivenciei na UBS mais ainda muito pequena assim, na época a gente não tinha essa liberdade de estar fechando, era feito assim em reuniões de equipe, não tinha muita demanda ainda da equipe, porque eles não sabiam muito bem o que que era, era mais discussão de casos do que focado na educação. VOCÊ SE RECORDA O ANO QUE ISSO ACONTECEU? Eu comecei em 2006 até 2011. VC DISSE QUE NÃO TINHA UM ESPAÇO DESTINADO PARA ESSE MOMENTO, A UBS NÃO FECHAVA... não, não e a unidade ainda era muito pequena, depois acho foi em 2009 que a unidade foi ampliada, então espaço a partir daí a gente tinha, de 2009 a 2011, de 2006 a 2009 a gente não tinha espaço e a unidade não era fechada, era quase impossível a gente estar fazendo, conseguir tirar a equipe pra se dedicar pra isso, e aqui no hospital a gente consegue um pouco mais, mas também a gente tem bastante fragilidade.*

Observamos a partir dos relatos, duas possibilidades de participação na EP através da leitura de mundo dos sujeitos acima, em uma das falas identificamos a questão do gestor na articulação que deve existir a partir do serviço para possibilitar a EP nos mesmos, na outra fala percebemos uma atuação mais direta em um encontro efetivo de EP, mesmo estando destacado na fala as dificuldades no momento em questão para de fato se operacionalizar no serviço o encontro de EP.

Nesta perspectiva Marandola et.al.(2009), destacam que, diferentemente da noção programática de implementação de práticas previamente selecionadas e com um currículo dirigido ao treinamento de habilidades, a política de Educação Permanente em Saúde congrega, articula e coloca em roda/em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde. (MARANDOLA ET.AL. 2009, P. 977)

A terceira pergunta relacionada à temática da implicação dos gestores com a EP, perguntamos: Como e com quem, deveriam ser realizadas as reuniões de EP no ambiente hospitalar?

FLORES: *reuniões para definir a ep? NÃO PARA ELA ACONTECER.. logo que eu assumi eu observei que nós não tínhamos uma comissão de ética há um tempo atrás existia uma comissão de ética medica , hoje nós crescemos nós evoluímos porque a gente tem que se adaptar ao que é melhor então nós temos em formação uma comissão de ética multidisciplinar né. São vários profissionais pra esse envolvimento acho que a gente tem que ouvir todas as partes , desde a zeladoria da recepção até o médico que ta lá na porta do cc, a gente tem que ouvir a todos e buscar um denominador comum que contemple.*

ORQUÍDEA: *eu acho que como, é a partir da demanda realmente solicitada pelos funcionários, e com quem, com a equipe atuante, e não somente da enfermagem que é meu caso eu acho que tem que ser geral. Hoje aqui no hospital sempre prioriza-s e a enfermagem, agora outras áreas a gente não tem, tem eventuais processos mas muito pouco.é mais realmente , as chefias as vezes tem com maior frequência das outras área, mas frequentemente é com a enfermagem.*

CRAVO: *dentro do hospital eu elencaria por serviço, por exemplo serviço de enfermagem, quem são as pessoas? São as enfermeiras, gerente de enfermagem, técnicos de enfermagem , serviço de limpeza e lavanderia, copeiros, e atendimento ao paciente como equipe de recepção, as lideranças específicas dessas áreas. Em alguns momentos quando a temática é transversal a todas as áreas, um assunto comum pra todas essas áreas, aí a gente faz a junção de todos para discutir ammm na maioria das vezes com frequência de mais um encontro da mesma temática.*

Identifica-se nestas falas duas dimensões percebidas pelos gestores sobre a EP e os atores envolvidos nesse processo, para dois sujeitos a EP deve contemplar a interdisciplinaridade e para um deles o que deve predominar é o disciplinar buscando a interação apenas em momentos em que as temáticas sejam confluentes, iremos discorrer um pouco mais sobre as duas dimensões identificadas pelos gestores hospitalares, sujeitos desta pesquisa.

Pensando nos pressupostos da EP iniciaremos um aprofundamento do diálogo teórico a cerca do primeiro posicionamento, o que propõem a interdisciplinaridade enquanto componentes de um encontro de EP.

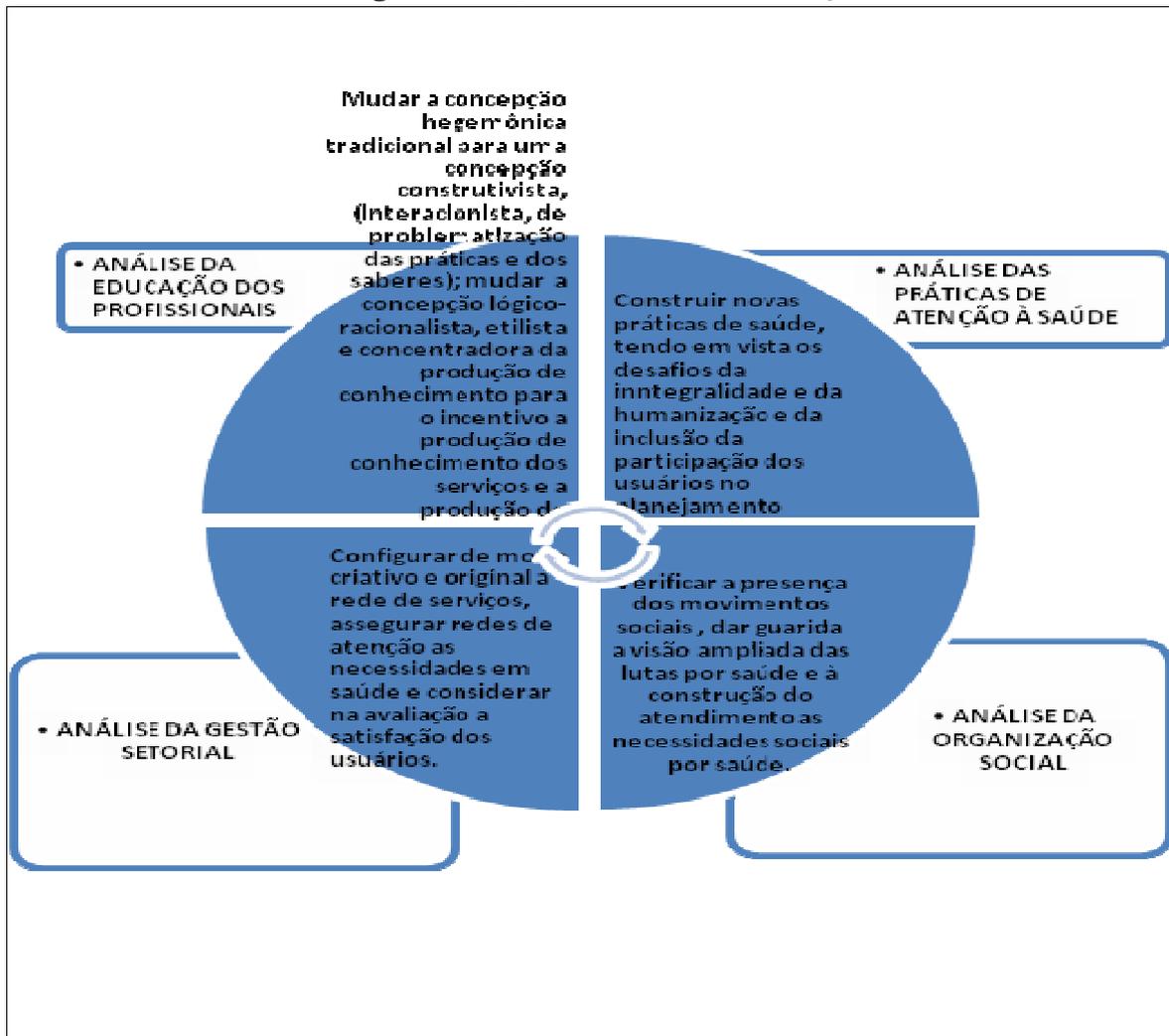
A reforma do pensamento proposta por Morin,nos coloca exatamente a necessidade de superar o paradigma da fragmentação e propor a junção e valoração do todo/partes. É preciso substituir o pensamento que isola e separa por um pensamento que distingue e une. (MORIN, 2000)

“... o termo inteireza diz respeito à “Qualidade do que é inteiro”, portanto, a educação não pode mais seguir fragmentada, produzindo consciências reducionistas e desprezando as mais variadas dimensões humanas em nome de uma ciência que priorizou a parte em detrimento do todo. Cabe-nos então acatar o apelo da “reforma do pensamento” para juntar o que, por tanto tempo disjuntamos.” (ARRUDA E PORTAL, 2012 p. 201)

Os pressupostos da EP transitam a favor dessa relação. Ceccim (2004, p. 163) destaca que a interação entre os segmentos de formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos de auto-análise e autogestão. (CECCIM, 2004, p. 163)

Há um movimento por parte dos gestores quando a abertura de espaço para EP nos serviços hospitalares, talvez o que falte ainda a estas instituições é o reconhecimento aprofundado dos fundamentos em que a EP se assenta. Ceccim (2004) propõe neste sentido elementos analisadores para pensar/providenciar a EPS através do quadrilátero da formação:

Figura 14: Quadrilátero da Formação



Ceccim, 2004, p. 166. Adaptado pela autora, 2015.

O quadrilátero apresentado acima articula-se aos pressupostos teóricos que norteiam essa produção textual, entende-se a partir da análise minuciosa de seus componentes, que eles são a base que possibilitará aos serviços de saúde verdadeiramente se enquadrarem nos moldes de uma prática de saúde equitativa e integral que envolva profissionais e usuários como co-responsáveis pelos processos de mudança.

É essa dimensão compartilhada que tanto a EP quanto o método Paidéia propõem para reorganizar os coletivos do trabalho. Entendo estar na lógica da troca, do envolvimento, do compartilhamento e compromisso dos sujeitos envolvidos a possibilidade de mudança do paradigma dual e fragmentado que ainda hoje impera nos serviços de saúde

Contraopondo esta dimensão interdisciplinar, encontramos na fala do sujeito Cravo, aspectos importantes no sentido da operacionalização fragmentada dos momentos de construção de conhecimento, onde os sujeitos envolvidos para os momentos de EP se

caracterizariam por indivíduos que constituem o mesmo grupo profissional dentro da instituição.

Essa lógica contraria os modelos propostos pela Educação Permanente, Método Paidéia, Modelo Freiriano e Reforma do Pensamento.

Salienta-se que não cabe a esta produção científica estipular méritos ou deméritos aos posicionamentos e concepções dos gestores, mas sim fazer análise de suas falas a luz de um aporte teórico-científico que dá sustento a esta análise.

Estabelecer mudanças institucionais em nenhum campo de atuação é tarefa fácil. No entanto percebe-se que a área da saúde caracteriza-se por uma tendenciosa pretensa hegemonia por parte dos grupos que a constituem, no que diz respeito ao modos de fazer saúde, tornando assim, as possibilidades de mudança tarefa ainda mais resistentes.

O questionamento a seguir proposto aos gestores hospitalares pretendeu identificar Qual a maior dificuldade para realização da EP na prática? Sabemos que o exercício crítico reflexivo não é tarefa fácil, pois perpassa pela visibilidade da plena condição humana e frágil na qual nos encontramos. Se me permito analisar, identificar, contextualizar o universo que me rodeia inevitavelmente estes componentes farão parte do meu processo de auto-análise.

FLORES: *resistência dos profissionais ao horário, é... nas reuniões a gente tem reuniões mensais do colegiado, mas a minha maior frustração foi quando eu entrei aqui, eu entrei em fevereiro em março a gente queria fazer um encontro das mulheres do dia 8 de março com relação ao dia internacional da mulher dia 8 de março, trouxemos palestrantes fizemos coquetel e os assuntos eram bem interessantes e convenientes assim com o que a gente tem aqui, e nós somos hj em 839 profissionais aqui dentro e eu angustiada achando que nosso auditório ia ser pequeno que não ia caber né. Claro que eu sabia que os homens não viriam que a prioridade seriam as mulheres, mas aí eu tive 20 pessoas... e te confesso que eu fiquei frustrada sabe . foi a primeira vez que eu promovi um evento relacionado a EP que eu disse ‘ meu Deus onde que eu errei’’, sabe, mas aí eu observei que as situações aqui dentro do hospital é.. existe uma resistência a mudança que nós estamos trabalhando para isso existe um certo desânimo sabe, e eu tenho trabalhado em todas as reuniões mensais do colegiado , ...não percam o encantamento pelo o que vcs se propuseram a fazer sabe, essa química de saúde de fazer de resolver, de ir atrás, de melhor teu setor, ela tem que acontecer, a vida passa muito rápido a gente não sabe o dia de amanhã, e vc passa mais tempo aqui do que em casa né então vamos buscar isso, me mostrem os caminhos, eu não sei fazer sozinha, “uma andorinha não faz verão” me mostrem os caminhos eu sou parceira eu estou a disposição a gente consegue buscar recursos, a gente consegue buscar parcerias, mas o que está faltando pra vcs se envolverem? É... as palestras os seminários que a gente ta fazendo vcs estão dentro do hospital em horário de trabalho em nenhum momento eu pedi para vcs virem fora, entã o estado hj ele ta proporcionando pra vcs uma reciclagem uma atualização em horário de trabalho então aproveitem... sabe. Mas é um processo gradativo, melhorou mas aquela palestra doeu....*

ORQUÍDEA: *eu acho que é ter o profissional disposto a qualificar a sua equipe, porque hoje aqui, por exemplo o enfermeiro, o enfermeiro pra desenvolver ele tem que fazer fora do horário de trabalho, e aí agente tem bastante dificuldade de que ele pare e faça isso e até que se sinta motivado pra fazer isso e aí a gente tem bastante dificuldade e aí trazer pessoas de fora eventualmente a gente faz, mas é muito mais difícil, então acho que realmente é disponibilização de horário pro funcionário preparar e estudar realmente sobre o que vai falar.*

CRAVO: *na prática a maior dificuldade que nós temos é capacitação dos ministrantes, então como nós somos um hospital que atendemos quase que 85 %SUS nosso fôlego orçamentário é pequeno então não são todos os momentos que a gente tem condições de trazer para dentro da instituição uma consultoria , um palestrante um ministrante pra discutir os assuntos que são necessários... e aí a gente usa o santo da casa, ammmm.... essas pessoas por mais que se empenhem elas não estão preparadas para ser ministrantes de palestras e o pior que eu vejo, como nós estamos no interior a maioria dos nossos profissionais que estão aqui as lideranças, estão tendo sua primeira oportunidade profissional muitas vezes aqui no hospital infantil em outras áreas como por exemplo vamos pegar outra área, atendimento ao cliente, as nossas lideranças elas começam a trabalhar conosco sem nunca terem tido um movimento dentro do hospital a não ser com o paciente, então quando elas transmitem aos colaboradores os temas abordados elas tem muita dificuldade em expandir os horizontes além do que acontece no próprio hospital. Então essa falta de conteúdo presente nos ministrantes, de vivências de outras realidades de outros hospitais...*

Identificamos nas respostas dos três gestores hospitalares uma unanimidade quanto ao aspecto da dificuldade para acontecer a EP na prática, todos identificam a EP como um momento de capacitação, de palestra, que deva ser cuidadosamente preparado para que haja o repasse das informações/conhecimentos? aos “ouvintes”.

Freire, (1996, p. 42), afirma que, a aprendizagem da assunção do sujeito é incompatível com o treinamento pragmático ou com o elitismo autoritário dos que se pensam donos da verdade e do saber articulado.

Sem pretensão de fazer juízo de valores, mas respeitando os pressupostos teóricos que norteiam essa construção textual e de vida enquanto pesquisadora do PPGE, há que se trazer a tona as reflexões que emergem a partir da interlocução entre o subsídio teórico que sustenta essa análise e as falas acima.

Promover mudanças nas práticas de saúde é sem dúvida um desafio ao gestor, construir um relação entre o gerir processos e gerir pessoas sem dúvida demanda de um exercício constante de ação-reflexão-ação, encontrar o equilíbrio para oferecer ao usuário do serviço práticas de saúde seguras e cientificamente respaldadas e oportunizar aos profissionais desse serviços momentos de construção coletiva para melhoria destas práticas, sem dúvida é um dos aspectos buscados pelos gestores hospitalares.

No entanto ainda há muito que se avançar para o ambiente hospitalar no que diz respeito ao entendimento dos pressupostos teóricos que sustentam a EP verdadeiramente, somente desta forma as transformações nas práticas terão amplitude no êxito de suas ações.

4.3 As possibilidades de renovação das práticas cotidianas, dos processos de trabalho e das relações assistenciais no ambiente hospitalar.

A busca pelas percepções/concepções do “outro”, não é tarefa simples, inquirir/questionar/indagar/conhecer o como o “outro” manifesta o seu conhecimento a cerca de alguma situação, sem dúvida é a ambição pretensiosa do pesquisador quando adentra o universo cotidiano dos modos de fazer das práticas.

Talvez a reta final, deste recorte temporal do problema de pesquisa aqui apresentado, esteja alcançando seu último objetivo ao propor o seguinte questionamento: Quais aspectos relacionados ao fluxo assistencial realizado pelos profissionais e setores do hospital você gostaria que houvesse mudanças? Encontramos os seguintes relatos:

FLORES: *hoje nós tivemos um número enorme de serviços que vieram acontecendo né ... o ministério da saúde, eles fazem as propostas e aí todo mundo se anima vai lá e absorve a proposta, é... mas ela vem de tal forma que a estrutura física nem sempre contempla, o número de profissionais que estão aqui nem sempre contempla então hoje eu vejo que nós estamos com muitos serviços , são os POPS, são toda parte de prontuários e documentos e protocolos e a gente tentando usar isso, mas eu não tenho o número de profissionais que eu precisaria, então claro que é... todo projeto que se lança que o ministério da saúde faz isso e que tem um aporte financeiro e é o que cresce os olhos de qualquer gestor né, se busca alternativas e se vai atrás, mas hoje o que eu vejo de dificuldade é que vem o recurso financeiro e ele vem destinado a... ambiência a estrutura física , mas nós deveríamos ter um leque de abrangência pra adequar porque cada setor cada hospital tem uma especificidade né, então é essa a nossa angústia, porque nem sempre eu vou precisar melhorar uma sala que esta boa, mas as vezes eu preciso de um material pra comprar e repor e colocar na sala, e aí você acaba usando...e vai pintar de novo.... e vai fazer uma parede uma mesa, né.. mas talvez não fosse essa a necessidade maior.*

ORQUIDEA: *recepção, hoje a gente enfrenta um grande problema na questão de rotatividade de funcionários na recepção, então quando tem funcionário que está aprendendo aquela rotina ele sai, então realmente é um setor que a gente tem bastante dificuldade é da porta de entrada e o fluxo interno onde envolve a recepção.*

Percebe-se pelas falas acima, que há uma atribuição aos processos de fluxo assistencial para o ambiente hospitalar, percebido pelos gestores, de certa forma, mais relacionados às questões de- estrutura física do que a ação dos profissionais e de seus processos de trabalho como componente fundamental para melhoria da assistência.

***CRAVO-** é, na verdade nós temos alguns procedimentos dentro do hospital, que assim, nós temos bastante autonomia de trabalho, tudo aquilo que é relativo a adequações do ponto de vista assistencial de assistência ao paciente que a gente entende necessário a gente faz né, as nossas maiores limitações como somos um hospital muito antigo, estão relacionadas a área física, vou te dar um exemplo bem prático disso, hj nós temos uma única recepção no hospital que atende urgência emergência, internações clínicas, cirúrgicas e eletivas, internações ahh... clínicas cirúrgicas particulares, internações clínicas-cirúrgicas SUS, diagnósticos por imagem... isso é um fluxo adequado, tudo bem que é pontual pelas obras, nós temos outra dificuldade por exemplo a nossa área de particulares e convênios ela está ao lado da lavanderia, nossos clientes particulares, nós não enxergamos assim com diferença em relação ao cliente SUS, mas ele sim né, então por exemplo seis horas da manhã a caldeira liga e as máquinas da lavanderia ligam e isso está inadequado né, isso relacionado a estrutura física, a maior dificuldade eu diria é que sempre que a gente fala em fluxo de atendimento na nossa instituição, pela característica, isso provavelmente você não vão encontrar nas outras entrevistas que você fizer ou não com a frequência que tem aqui pelo menos, é o acompanhante, como nós somos um hospital pediátrico o acompanhante permanece 24 horas com o paciente, e o perfil de instrução dos nossos pacientes também é muito baixo, por exemplo, nós mudamos o fluxo de atendimento acho que já tem em torno de 11 meses, a gente é bem dinâmico vai sempre adequando dentro das necessidades, pra garantir a permanência maior da mãe com as crianças na UTI e não entrarem somente na visita, nós oferecemos então uma permanência em que elas só não ficavam com seus filhos da meia noite as oito da manhã mas aí nós começamos a ter problemas,... relacionados a determinados procedimentos que estavam sendo realizados com o paciente A, outras mães sentavam ao lado da incubadora e não promoviam interação nenhuma com a paciente, outras a cada pequeno intervalo de tempo saiam pra fumar, e voltavam com cheiro de cigarro o que é totalmente inadequado daí então nós fizemos uma mudança do fluxo assistencial desses pacientes para poder trazer um pouco mais de humanização mas infelizmente.... existe mas a gente começou a reduzir esses horários, então já não é mais até meia noite, vai até as 23 horas, pela manhã quando é feita a avaliação de todos os paciente já não tem esse horário enfim, mas assim pra concluir nós somos bem dinâmicos e práticos quando nós identificamos ou quando é identificado através do serviço de atendimento ao cliente qualquer necessidade de mudança do fluxo assistencial a gente faz.*

Destacamos que não se desconsidera a necessidade de uma estrutura física adequada como componente de uma assistência segura e eficaz ao paciente, no entanto, acreditamos que o ator central deste processo são as pessoas que o executam na linha de frente o trabalho. Ou seja, quem desenvolve um contato mais direto com o paciente, pois é a partir da relação pessoa-pessoa que a integralidade no processo de assistir o paciente no hospital se consolida.

Nesta perspectiva Cecílio e Merhy, (2003) consideram que,

Uma das sobrecargas – talvez a maior – do processo gerencial do hospital contemporâneo é conseguir coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, que resulte em uma dada coordenação do cuidado (MERHY e CECÍLIO, 2002).

Esta dinâmica é facilmente percebida no cotidiano dos hospitais, segundo os autores, e se trata de um aspecto central a ser discutido quando o assunto é integralidade e sua relação com o processo de gestão.

Neste sentido, entendemos que o olhar do gestor além das questões estruturais que compõem o fluxo assistencial dentro dos hospitais, deve permitir-se uma aproximação do cotidiano das práticas assistenciais desenvolvidas dentro dos serviços, construindo uma rede de relações entre os diversos profissionais que estão na linha de frente, propondo a construção de práticas assistenciais que dialoguem entre si sem fragmentar a assistência prestada.

É preciso tratar o paciente em sua integralidade e mantendo entre a equipe multiprofissional deste espaço uma relação interdisciplinar das práticas.

Entendemos ser a EP uma estratégia possível para o alcance da integralidade das práticas no ambiente hospitalar, perguntamos aos sujeitos. No ambiente hospitalar a EP pode se constituir um espaço de reflexão e análise, gerando conhecimentos para renovação da prática profissional. Por quê?

FLORES: *Sem dúvida, é... em junho do ano passado nós montamos aqui um espaço do saber, era um depósito aqui na frente do auditório, que claro tinha sua função tinha soro, tinha um monte de coisa, mas a gente conseguiu agregar em outro espaço, e nós montamos ali um espaço do saber em parceria com o rotary coral norte, e eles montaram a sala pra gente e nos doaram dois computadores e doaram livros, e hj nós estamos buscando assinatura de alguns artigos científicos pra manter ali a disposição de todos, hj nós temos um carrinho e esse carrinho todo dia as meninas carregam de livros, de auto-estima de n livros, passam pelos setores oferecem aos pacientes e acompanhantes e os servidores tem acesso ali, depois te mostro.*

ORQUIDEA: *com certeza, porque realmente aquilo que eu citei, eu acho que é um momento que a gente tem pra refletir para discutir, e como a demanda vem do funcionário, é um momento pra ele realmente tirar suas dúvidas, pra sugerir melhorias.*

CRAVO: *pode, deve, né, por um pouco de tudo que a gente já conversou, e por um aspecto que nós não conversamos ainda mas é visível principalmente naquele profissional que esta na ponta ahmm... na assistência ao paciente vamos falar aqui especificamente do enfermeiro e do médico, mas mais do enfermeiro, que é o excesso de segurança, chega um determinado momento na carreira profissional após 15, 20 anos de atuação dentro da nossa instituição que o profissional sente tão seguro dos seus atos das suas atribuições que ele não se preocupa por si só em buscar atualização, em rever determinados métodos, isso a gente enxerga a gente vê, ahmm e a educação permanente é um dos mecanismos das ferramentas que nós temos né. Da mesma forma pra outras áreas, outras áreas, por exemplo áreas administrativas, faturamento, por exemplo, existe uma dinamicidade hoje no faturamento SUS, planos de saúde, altera adéqua tabelas códigos de procedimentos... quase que mensalmente, então como levar isso ao conhecimento dos colaboradores, através da EP.*

Há uma unanimidade nos depoimentos dos gestores quanto a identificação da importância dos processos de educação em saúde comporem o universo das práticas do hospital, no entanto há uma distância conceitual importante no que se refere a proposta da Educação Permanente em saúde com a visão dos gestores em relação a ela.

Neste aspecto encontramos o principal entrave teórico, pois as possibilidades de estabelecer um diálogo coletivo entre os diferentes atores no ambiente hospitalar é uma premissa para que as reflexões sobre as práticas assistenciais possam surgir. Entretanto, o diálogo passa ser inviabilizado se os momentos de encontros forem destinados apenas à capacitações, cursos e palestras.

No entanto, aspectos positivos devem ser salientados a partir das falas dos gestores hospitalares, observamos que há espaço em uma das instituições que possibilita aproximar tanto o profissional do serviço quanto o paciente de momentos educativos não formais. O espaço do saber de acordo com um dos gestores é uma estratégia de abertura e diz respeito às possibilidades de transformação das práticas para o ambiente hospitalar.

Sem dúvida para o gestor a renovação das práticas no ambiente hospitalar constitui um grande desafio a ser vencido na prática cotidiana da Saúde no Brasil, neste sentido Guizardi e Cavalcanti(2010) destacam, que de fato um amplo leque de dificuldades enfrentadas nestes 21 anos de SUS. Dificuldades que dizem respeito principalmente à estruturação do cotidiano das práticas de saúde no sentido da produção do cuidado, são os limites das tentativas de reformar as instituições sem explicitar a dimensão política destas práticas, sem produzir visibilidade para as implicações que geram na produção de realidade social.(GUIZARDI E CAVALCANTI, 2010, p. 1246).

Os autores consideram ainda que, tais questões demonstram a necessidade de repensar os modos de gestão do sistema de saúde, já que o cotidiano institucional expõe as limitações que a tradição gerencial enfrenta na concretização das políticas públicas que o estruturam, sobretudo quando se apresenta como horizonte desejado a transformação democrática de suas instituições.

Seguindo a lógica de repensar os modelos de gestão propostas pelos autores supracitados, compreendemos ser o ambiente hospitalar um espaço de atenção em saúde que necessita caminhar junto à lógica proposta pelos novos modelos de atenção em saúde, integrando-se em rede com os demais serviços. Dessa forma, cabe ao gestor ampliar seu horizonte institucional dentro do espaço hospitalar, de modo a permitir a construção de novas práticas de assistir. Por isso perguntamos aos sujeitos; Você percebe a EP como possibilidade transformadora das práticas em saúde? Porque?

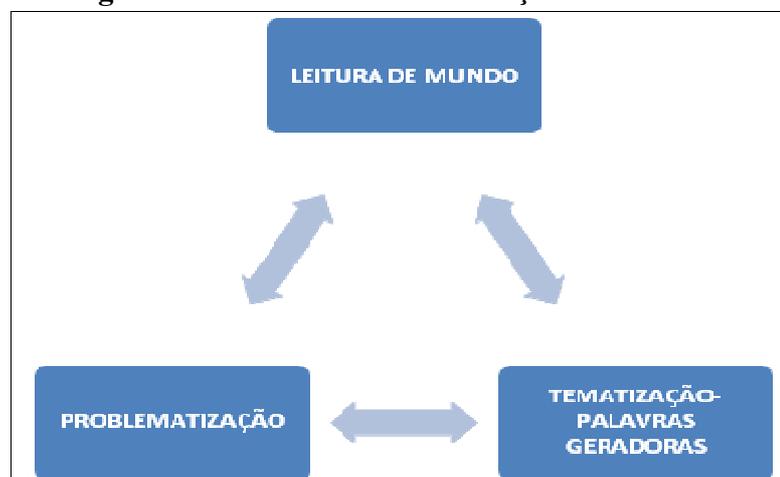
FLORES: *percebo porque a gente só se constroi é.. as atitudes as disciplinas a rotina é com o trabalho de formiga, literalmente né, tu tem que em cada setor tem que conversar tem que buscar as dificuldades e sabendo as dificuldades vc vai atrás das soluções, então eu notei que melhorou muito é a conversa entre os setores essa troca de informação, né, tem um setor que tem um exemplo legal ele apresenta essa experiência exitosa que aconteceu no setor dele, então se constrói isso .*

ORQUIDEA: *pela qualificação profissional e pela qualidade do serviço, eu acho que elas caminham juntas e uma complementa a outra.*

CRAVO: *sem sombra de dúvidas, ahmm... tirando a educação permanente eu vejo como a única, o grande fator a formação primária dos profissionais, né. A educação permanente ela complementa obviamente mas ela também fecha lacunas da formação primária que é muito deficitária, por exemplo pegar Lages como exemplo, nós temos uma metodologia de formação médica interessante, nós absorvemos muitos médicos recém formados aqui no hospital, nós enxergamos nesses médicos uma capacidade técnica muito interessante, mas da mesma forma, a gente mais uma vez característica da pediatria, nós enxergamos uma falta de preparo neles pra abordagem ao familiar, apara obtenção e manutenção do vínculo com o familiar não com o paciente, com o paciente é tranqüilo. E aí especificamente nos aspectos administrativos e gerenciais uma falta de noção completa das consequências positivas ou negativas da ação do médico sem a visão gerencial, por exemplo, prescrever um exame de alto custo sem ter antes ter feito uma boa anamnese, então pede o supra sumo do diagnóstico sem antes ter buscado. A educação permanente resolve isso completa essa lacuna.*

Entender a educação como possibilidade de renovação e de mudança faz parte do constructo teórico de muitos educadores, pesquisadores e filósofos. Nesse caminho, encontramos em Freire, o respaldo a esta possibilidade transformadora da educação, e entendemos também que este sustento alia-se perfeitamente aos pressupostos da Educação Permanente. Freire (1987 p. 49) em seu método de alfabetização de adultos propõe;

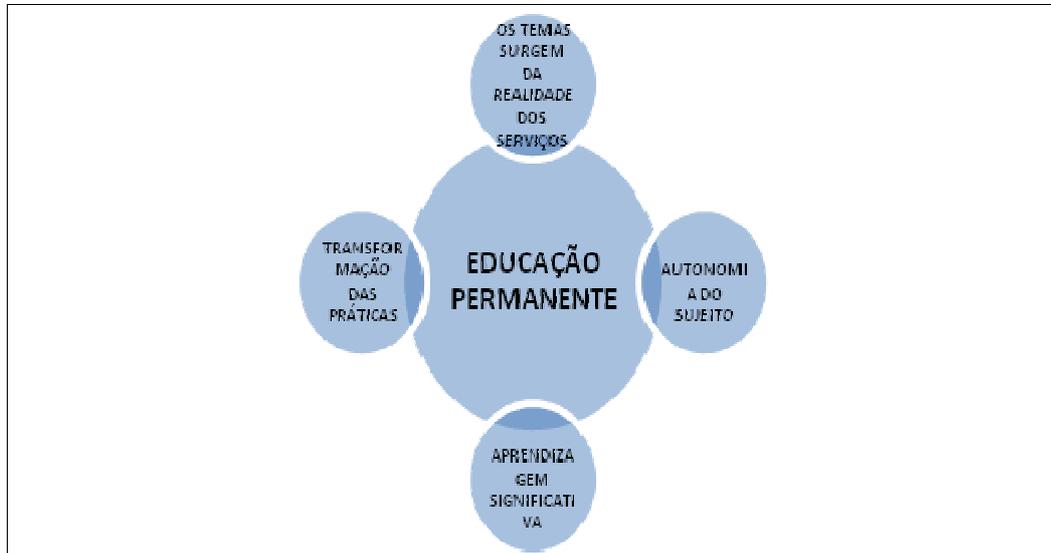
Figura 15: Método de Alfabetização Paulo Freire



Freire, (Pedagogia do Oprimido, 1987) Elaborado pela autora, 2015.

A Educação Permanente, (2007) enquanto estratégia propõe, os quatro eixos apresentados no diagrama abaixo;

Figura 16: Educação Permanente



Ministério da Saúde, (2007). Elaborado pela autora, 2015.

Percebe-se um entrelaçamento teórico harmônico entre as duas propostas dos diagramas, ambas entendem o universo onde o sujeito está inserido como o agente inicial constituinte do processo de educar, entender o universo que o rodeia e perceber, problematizar sua realidade, são essenciais para possibilitar a mudança.

Neste sentido, concordamos com os sujeitos da pesquisa, quando são unânimes em suas falas, apontando que a EP se configura como uma possibilidade transformadora das práticas em saúde. Contudo os dados em análise permitem afirmar que existe um vazio significativo entre a compreensão teórica do poder transformador da EP, por parte dos gestores, e o que na prática se desenvolve.

4.4 É possível efetivar a EP no ambiente hospitalar tendo em vista a experiência das UBS?

Ao iniciarmos essa pesquisa nos movia o interesse em voltar às UBS que já haviam experimentado oficinas relativas à EP para ouvir novamente os gestores sobre o atual momento do processo. Reservamos a descrição desses relatos, e os apresentamos agora, após o registro do entendimento dos gestores hospitalares nos dispomos então a discuti-los na interlocução com a teoria e a prática dos gestores das UBS.

Para identificarmos o movimento atual relacionado a EP nas UBS, fizemos o seguinte questionamento: Depois das oficinas promovidas nessa UBS, como você classificaria o desenvolvimento da reunião reservada à EP?

AZUL- buscou a discussão e não apenas esperar por estudos e assuntos de EC.

LÍRIO – como eu estava na coordenação de um setor de atendimento especializado, não observo mudanças. Não sei o que foi proposto.

SOL- o momento de EP “verdadeiramente” ainda é uma “novidade” para os profissionais, por isso em alguns momentos ainda não acontece como deveria ser. Contudo nos encontros efetivos conseguimos alcançar objetivos reais.

ST- Bom

ROSA- não esteve no momento da pesquisa anterior

Com base nos relatos, identificamos uma fragilidade, no sentido dos sujeitos estabelecerem ou definirem como acontece a EP. Apenas um relato, nos permite identificar que ainda existem dificuldades na realização da EP, atribuindo ao desconhecimento teórico de alguns profissionais sobre a proposta da EP.

Caminhando na possibilidade de estabelecer a ineterlocação entre a EP das UBS e a possibilidade de efetivá-la no ambiente hospitalar, perguntamos aos gestores das UBS; “Hoje o que você pensa a respeito de atividades de EP que ocorrem nesse serviço?”

AZUL – parcialmente, pois há colegas que ainda não conhecem por fato a EP.

LÍRIO- que poderíamos explorar mais as rodas de EP. Motivar mais os outros atores a falar sobre seu cotidiano de trabalho.

SOL- penso que são de grande valor para o sucesso do serviço, porém ainda precisam ser melhoradas, incentivadas.

ST- um instrumento ótimo para identificar problemas e elaborar ações de intervenção.

ROSA- acho assim que, que tem muito ainda a se trabalhar a se construir, porque na realidade a EP ela vem né com o objetivo da construção mesmo, de você estar colocando os objetivos que você quer alcançar lá na frente, se trabalhar todos os pontos, mas eu acho que ainda tem se buscado assim que a gente ve que precisa sim ser bastante trabalhado dentro da equipe.

Silva et.al (2010), consideram que, a práxis reflexiva é o primeiro passo para se atingir uma práxis criadora pois, teoricamente e no plano do discurso, os sujeitos sabem o que devem fazer para inovar, criar e mudar.

Identificamos nos relatos acima um movimento de reconhecimento da EP como estratégia que possibilita reflexão em prol de mudança, mesmo sob a alegação de falta entendimento de todos os membros da equipe sobre a política e de que ela acontece parcialmente na prática, há que se levar em consideração que todos a visualizam como real possibilidade de melhoria no serviço.

Propor ao ambiente hospitalar a possibilidade de efetivação da EP a partir das experiências das UBS se torna possível quando analisamos os questionamentos que se seguem nesta etapa da análise das entrevistas. O questionamento abaixo nos permite comprovar através dos relatos dos gestores das UBS esta perspectiva para o ambiente hospitalar.

Em seguida, questionamos, “No seu local de trabalho a EP tem se apresentado como um espaço de reflexão e análise, gerando conhecimentos para a renovação da prática profissional? Porque?”

***AZUL** – sim é possível visualizar momentos de discussão e reflexão e que de forma conjunta foi mudando a realidade.*

***LÍRIO**- sim toda dinâmica da UBS é planejada a partir do que é decidido coletivamente nas reuniões. Além de ser um fomentador de conhecimento.*

***SOL**- sim porém ainda a “passos lentos”. Já conseguimos juntos refletir muito sobre nossa atuação, mas ainda precisamos focar mais na EP de fato.*

***ST**- Sim. Pois permite um direcionamento coletivo de determinações de objetivos. Além de contribuir para que os resultados sejam alcançados mais facilmente.*

***ROSA**- Acredito que sim, porque quando a gente consegue reunir o pessoal se tem assim o pessoal tem opiniões cada um da opinião e tem a participação existe uma participação no todo, no geral né.*

Não há dúvidas da capacidade transformadora da EP para as práticas de saúde, ressignificar os processos de trabalho nas UBS é o que identificamos nos relatos dos gestores, quando questionados da possibilidade de renovação das práticas propostas pela EP.

Poder identificar através dos relatos dos sujeitos que estão a frente das UBS e que compuseram esta pesquisa, que os princípios da EP, que exaustivamente enquanto pesquisadora foram buscados e estudados nesta trajetória de construção, são de fato factíveis e que deles resultados positivos são alcançados é uma satisfação enquanto processo de investigação.

Pois além da opção por um fundamento teórico que dá sustento para esta produção, há os princípios que acreditamos ser fundamentais para reestruturação dos modelos de atenção a saúde.

Entender que as práticas de saúde sejam elas na atenção básica ou no ambiente hospitalar constituem o universo dos “modos de fazer saúde”, e que estes devem perpassar pela lógica de um modelo que busque a participação dos envolvidos, onde todos construam suas práticas e que estas resultem inevitavelmente no objetivo da ação, ou seja a transformação das práticas hegemônicas e centralizadoras.

Se os profissionais que estão à frente dos serviços percebem em lócus essa capacidade da EP, procuramos direcionar nossa pergunta à questão da gestão “Cite uma atitude facilitadora da gestão para mudar a prática do serviço de saúde e na instituição como um todo”. De um modo geral nossos entrevistados destacaram apoio e parcerias importantes:

***AZUL** – um ponto positivo é a presença da residência multiprofissional, profissionais colegas que possuem bastante conhecimento sobre EP.*

***LÍRIO** – uma facilidade é ter o apoio da coordenação de Atenção Básica. Outra facilidade é a adesão de toda equipe, que percebe a importância desses momentos para o trabalho.*

***SOL**- incentivo, “mostrar importância”, apoiar!*

***ROSA**- na realidade a gestão tem se mostrado parceira, só que assim nas reuniões assim essas que a gente faz de EP ela não comparece né, não está presente mas na medida do possível quando existe uma dificuldade ela sempre está participando, ela não está no momento mas sempre dá apoio e sempre está dando respaldo e amparo deles lá.*

Percebe-se através dos depoimentos que há um movimento de apoio à prática da EP nas UBS por parte da gestão em saúde municipal, entendemos ser esse um agente fundamental para o sucesso da efetivação da EP na prática.

Ter o reconhecimento por parte da gestão acerca da importância do processo de construção coletiva das práticas em saúde é o incentivo necessário para os profissionais que estão à frente dos serviços, necessitam para implementar o processo da EP de fato.

Buscando entender qual a percepção dos gestores do ambiente hospitalar sobre esta questão, perguntamos; Cite uma atitude facilitadora da gestão capaz de mudar as práticas assistenciais no ambiente hospitalar?

***FLORES:** uma atitude.... diálogo*

ORQUÍDEA: *acho que é o entendimento de educação permanente, que hoje a gente tem no hospital então a diretoria já conseguiu compreender a necessidade de qualificação profissional e isso é uma coisa que eles batem muito né, a enfermagem é uma área que eles pedem muito isso, sabe é qualificar, acho que esse hj é o entendimento que eles tem que antes não tinham. Sim porque a gente tem essa liberdade, não é parar para ficar conversando, não eles não entendem mais como isso é qualificação mesmo para melhoria do serviço né.*

CRAVO: *a interação da nossa diretoria, nós somos um hospital espírita de filosofia espírita, e essa filosofia prega em primeiro lugar a caridade, então o que acontece, nossa diretoria tem uma preocupação muito grande com a forma que o paciente está sendo atendido aqui dentro do hospital, então na rotina como isso acontece, nós temos um serviço de atendimento ao cliente, inicialmente a gente avalia esses questionários, todas as abordagens feitas ao usuário, seja da equipe médica, da equipe administrativa, da equipe de enfermagem enfim, todas elas são trazidas para o conhecimento da diretoria e os envolvidos são trazidos para diretoria, tanto para observações necessárias quanto para elogios, então essa características existente essa filosofia da instituição ela facilita muito.*

Percebemos que os três depoimentos apontam características relacionadas ao processo de comunicação entre os sujeitos como uma atitude facilitadora da gestão. Entender o movimento de pensamento que resulta em ações que são executadas pelas pessoas, só é possível quando a possibilidade de diálogo entre as partes se estabelece.

A EP caminha exatamente ao encontro desta possibilidade dialógica de construir/ desconstruir/ reconstruir as práticas em saúde, considerando principalmente o universo/contexto em que aquele indivíduo está inserido como profissional e fundamentalmente permitindo que a equipe multiprofissional exponha suas percepções e problematizem juntos as situações identificadas.

Nesta perspectiva dialógica perguntamos aos gestores hospitalares; Há momentos de discussão e reflexão sobre as práticas de atenção gestão e formação em saúde nesta instituição? Quais? Quem são os participantes?

FLORES: *A momentos de discussão... há momentos de choque de informação mas faz parte do processo é... quem participa são o colegiado né, existe as chefias, é... cada setor tem sua chefia específica a parte administrativa também então um de cada setor participa, somos aproximadamente 47. É MULTIPROFISSIONAL? Sim, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogo, assistente social, enfermeiro, médico, administrativo, técnicos de enfermagem, técnicos administrativos.*

ORQUÍDEA: *existe, e quem participa normalmente são as chefias, nutrição e dietética, é... zeladoria e lavanderia, recepção, faturamento, contas mais esses setores, mas diretamente com as chefias.*

CRAVO: *há momentos nós temos por exemplo mensalmente as reuniões de chefias de lideranças onde são abordados temas inclusive agora de fevereiro o líder que fará, trará*

*para conhecimento dos demais as suas atribuições, na verdade vai treinar as demais lideranças do hospital sobre o que é o serviço dele. Como tem serviços muito afins, nem sempre o departamento pessoal não enxerga o atendimento ao paciente, né, mas critica né, recepção não enxerga o que acontece dentro da enfermaria mas critica, então isso nós iniciamos há mais ou menos 12 meses, **ISSO SURTIU DE UMA DEMANDA INTERNA, COMO SURTIU?** Foi uma idéia que eu tive inclusive, que é envolver as pessoas que não estão no dia a dia daquele processo para promover a discussão, eu observava isso dentro do hospital, as vezes eu recebia aqui uma liderança que apontava que muitas vezes o trabalho dele não funcionava porque o outro fazia errado, então pra evitar conflito, que se tem várias formas de se resolver isso, então desenvolvi um procedimento pra isso, nessas reuniões que são mensais, cada um de nós inclusive eu vai contar para os outros como é seu dia a dia. Suas funções, suas limitações, para o outro conhecer não como puxão de orelha, mas para entender que o hospital funciona como um sistema inter-relacionado e interdependente.*

Identifica-se que o ambiente hospitalar destina um momento de encontro/reunião formal, em que a equipe multiprofissional se reúne, o que consideramos uma postura positiva no movimento da gestão, pois propõe este momento para aproximar os sujeitos da gestão.

No entanto cabe ressaltar que a característica que identificamos nos três depoimentos é de que estes momentos são destinados a repasses de informações, orientações, normatizações internas, do que momentos de troca, discussão e reflexão sobre as práticas de saúde institucionais.

Fato esse que não desqualifica o momento de reunião das chefias (como mencionado pelos sujeitos), mas sim identificamos como um momento possível no qual a EP poderia estar se inserindo enquanto estratégia didático-pedagógica.

Silva et.al. (2010), destacam que, a educação permanente em saúde visa ao questionamento “da realidade e suas metas de pactos e acordos diversos que conformam as propostas e projetos potentes para mudar as práticas e operar realidades vivas, atualizadas pelos diferentes saberes e conexões, pela atividade dos distintos atores sociais em cena e pela responsabilidade com o coletivo. (SILVA ET.AL, 2010, P. 559)

Caminhando ao encontro da perspectiva transformadora da EP apresentada acima, buscamos identificar dos gestores hospitalares a possibilidade de efetivação da EP para este espaço, através do seguinte questionamento; No seu entendimento há possibilidade de implementação da EP para o ambiente hospitalar?

FLORES: *Sem dúvida esse, crescimento é contínuo deve ser feito eu acho que uma gestão para ter sucesso ela tem que encabeçar isso nós estamos em fase de crescimento mesmo, hoje nós temos algumas parcerias, nós temos aqui dentro parcerias com a UNIPLAC, FACVEST, CEDUP, SENAC então eles que estão aqui com estagiários com residentes e nós observamos que é válido sim.*

ORQUÍDEA: *sim, sem dúvida e a gente já iniciou, mas eu ainda gostaria que fosse mais difundido que todas as áreas se interessassem em participar.*

Há um movimento de abertura no ambiente hospitalar para as práticas de educação em saúde, como observamos nos relatos, ressaltamos que a abertura é para as práticas de educação em saúde, ainda um pouco distantes dos pressupostos da EP.

Identificamos em vários momentos dos depoimentos transcritos, não apenas neste questionamento, que o entendimento dos gestores hospitalares sobre EP, ainda perpassa pela lógica do curso/treinamento/capacitação, permanecendo a equipe como receptores das informações e não como participantes do processo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo se caracteriza por apresentar as considerações finais ???, acerca desta trajetória de vida construída a partir de uma pesquisa e transcrita em uma trajetória de produção textual científica.

Permitam-me primeiro justificar as interrogações colocadas após as palavras “considerações finais” acima, como finalizar um parecer acerca de um processo tão dinâmico que é investigar percepções humanas??? Não vejo isso como possível, afinal de contas, em algum momento desta trajetória como aluna do PPGE ouvi uma professora dizer por repetidas vezes, “a cada 20 minutos **tudo** pode mudar...”

No entanto, entendemos que cabe a esta etapa de finalização escrita, desta análise de um recorte temporal, sobre a temática da educação permanente, algumas considerações sobre esta trajetória.

Quando da escolha do problema de pesquisa para construção desta dissertação, não nos coube dúvidas sobre qual seria a temática da pesquisa. A educação permanente em saúde é um referencial teórico para as práticas de saúde, assentado em pressupostos da Educação, logo a articulação teórica para esta possibilidade encontrou em Freire e Morin uma interlocução harmônica, para sustentar a análise e discussão desta dissertação.

Como objeto deste estudo sendo a educação permanente em saúde, propusemos como problema de pesquisa um olhar para EP a partir da seguinte pergunta: **Como os gestores de saúde podem possibilitar a efetivação da EP nas UBS e também no ambiente hospitalar?**

A possibilidade para a resposta deste questionamento foi possível a partir do aprofundamento teórico nos referenciais da educação como citados acima, mas também em um modelo de gestão proposto por Gastão Wagner de Souza Campos, chamado Método Paidéia.

Acreditamos ao finalizar esta etapa da trajetória acadêmica, que os referenciais teóricos apreendidos nestes dois anos de estudos no PPGE, nos sustentam de argumentos para

subsidiar nossas práticas, aliando a nossa experiência de vida e a nossos conceitos a possibilidade de nos construirmos/desconstruirmos e reconstruirmos constantemente.

O aprendizado construído neste período de estudos e pesquisa está somado na constituição única de meu ser como pessoa, o compromisso de não finalizar esta etapa e multiplicar e disseminar o que aqui se iniciou é de fato um compromisso a ser cumprido.

Adentrar no universo das práticas cotidianas dos profissionais foi um privilégio, não houveram máscaras ou falsas palavras em seus relatos, e acreditamos ser está a riqueza desta análise.

Acreditamos que a Educação Permanente é uma ferramenta possível, factível e capaz de mudar e melhorar as práticas em saúde, são diversas as questões que permeiam a possibilidade para que de fato ela se constitua uma realidade nos espaços dos serviços de saúde.

Afirmamos que esta possibilidade de efetivação, esta centrada nos processos de gestão em saúde, não há dúvidas disso, no entanto a gestão de saúde é executada por gestores, e estes são pessoas seres humanos que possuem seus modos de ver o mundo e o trabalho, e cabe a estas pessoas a decisão de possibilitar ou não a transformação das práticas.

A partir dos depoimentos dos gestores, nos foi possível captar suas percepções reais sobre a articulação que fazem entre teoria e a prática da educação permanente, respondendo assim ao questionamento de pesquisa proposto logo no início dessa caminhada.

Com base na análise e discussão identificamos desafios e dilemas a serem resolvidos nos serviços de saúde para que as práticas de assistências oferecidas aos usuários possam seguir no caminho da transformação.

Percebemos que tanto nas UBS como no ambiente hospitalar, a trajetória construída e sustentada pelas percepções dos gestores das UBS já mostra que a EP já se insinua como prática transformadora para a saúde.

Esta constatação nos permite inferir que para o ambiente hospitalar, a EP pode se constituir como um instrumento transformador das práticas para este espaço de saúde entendemos ser o ambiente hospitalar um complexo de particularidades e peculiaridades, no entanto entendemos também que suas práticas por mais particulares e ou peculiares que sejam, são realizadas por pessoas a outras pessoas, sendo assim a possibilidade dialógica de mudança se faz possível.

No entanto, a própria diversidade das práticas realizadas por diferentes percepções pessoais favorecem a dialógica da mudança. A recepção, a estrutura, o problema da

rotatividade de funcionários trazem dificuldades desde a porta de entrada até o fluxo interno onde se desenvolve os serviços.

Portanto é desafio da gestão preparar lideranças, evitar conflitos, construir ambientes que favoreçam o respeito e a confiança e garantir espaços para as trocas onde uns possam contar para os outros como foi o seu dia a dia registrando e aprendendo como vencer as dificuldades.

O alerta para que se possa compreender que o hospital ou a UBS funcionam como um sistema inter-relacionado é o alerta para o pensamento complexo em saúde. Assim, fica ao final dessa pesquisa a ideia de que é preciso investir numa percepção abrangente que envolva a relação todo/partes. Esse é o desafio da reforma do pensamento pensado por Edgar Morin (2000) que pode se estender às diferentes situações da vida.

As lacunas de compreensão conceitual e metodológica da Educação Permanente ainda são latentes nos profissionais de saúde que respondem pelas esferas de gestão destes serviços, sejam eles nas UBS ou no ambiente hospitalar, percebe-se um discreto avanço na compreensão dos gestores das UBS em decorrência do tempo em que a EP faz tentativas de inserção nesses espaços, o que para o ambiente hospitalar esta bem mais distante.

Com base nesta trajetória de construção da dissertação, finalizamos a escrita desta produção acreditando, que sim, é possível transformar as práticas em saúde através da Educação Permanente, que sim, é possível aproximar educação e saúde de maneira harmoniosa e produtiva que ambas se complementam e produzem mudanças, que sim, os modelos de gestão interferem intimamente na maneira de praticar saúde, mas que principalmente, concluímos em todas estas afirmações somente se constituem possíveis porque são seres humanos que se estabelecem entre o saber e o fazer das práticas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S.R., MEIRELLES, B.H.S., LANZONI, G.M.M. **Educação Permanente em saúde: atribuições e deliberações a luz da política nacional e do pacto pela gestão.** Rev. O mundo da saúde, São Paulo: 2011; 35(4): 373-381.

ARRUDA, P.M., PORTAL, F.L, **Saberes e Fazeres Docentes: o dilema da reforma do pensamento e da prática pedagógica do educador do século XXI.** Florianópolis, v13, n.01- 2012.

ARRUDA, M.P., ARRUDA, L.P. **O profissional da saúde como mediador de emoções.** Rev. Eletrônica de Enfermagem. V.12, n. 4;2010.

ARRUDA, M.P. **O paradigma emergente da educação: o professor como mediador de emoções.** 2012 Disponível em: <http://www.fae.unicamp.br/revista/index.php/etd/article/view/2935/pdf>. acesso: 10-05-2014.

ARRUDA, M.P. GHIGGI, G. **Conversações sobre educação popular e educação permanente – propostas concorrentes e complementares?** REP - Revista Espaço Pedagógico, v. 19, n. 1, Passo Fundo, p. 135-150, jan./jun. 2012

BACKES, V.M.S.; NIETSCHÉ, E.A.; CAMPONOGARA, S. et al. **A Educação Continuada dos Alunos Egressos: compromisso com a universidade?** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.55, n.2, p. 200-204, mar/abr. 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2001

BEHERENS, O. **A evolução dos Paradigmas na Educação: do pensamento científico tradicional a complexidade.** Revista Diálogo Educacional. V 7n 22, p53-66, set/dez 2007.

BEHERENS, M. A. **Projetos de Aprendizagem Colaborativa num Paradigma Emergente.**In. Novas Tecnologias e Mediação Pedagógica. São Paulo. Papyrus, 2002.

BEHERENS. **O Paradigma Emergente e a Prática Pedagógica.** 3.ed. Curitiba: Champagnat, 2003.

BRASIL. C.C. **História da alfabetização de adultos: de 1960 até os dias de hoje.** Disponível em: www.ucb.br/sites/100/103/TCC/12005/CristianeCostaBrasil.pdf. Acesso em 01-05-2014.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.**

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**: portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006. Disponível em: < http://www.conselho.saude.gov.br/webpacto/text_atencao.pdf > Acesso em: 2-05-2014

_____. 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. Brasília, n. 39, p. 43-51, 23 fev. Seção 1. 2006. 4.

_____. Portaria No. 699, de 30 de março de 2006. **Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão**. Brasília, n. 64, p. 49, 3 abr. Seção 1. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria No. 198/GM/MS: 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**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

_____. Portaria No. 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília, n. 162, 22 ago. Seção 1. 2007. 2.

CAMPOS, G. W. S. **Efeito Paidéia E o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito E o mundo da vida** . 2006. Rev.Trabalho, Educação e Saúde, v. 4 n. 1, p. 19-31, 2006.

CECCIM R. B. **Educação Permanente em Saúde: de descentralização e disseminação da capacidade pedagógico na saúde**. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(4):975-86. 3.

CECCIM, R.B., **Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface – Comunicação, Saúde , Educação, v.9,n.16, p.161-177. Set. 2004/fev. 2005

CECILIO, L.C.O., MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003.

CORRÊA, A. L. **Educação de massa e ação comunitária**. Rio de Janeiro: AGGS/MOBRAL. 1979.

CUNHA, G. T., CAMPOS, G. W. S. **Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho**. ORG & DEMO, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010 Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/orgdemo/article/viewFile/468/364>. Acesso 05-05-2014.

CUNHA, C. M. **Introdução – discutindo conceitos básicos**. In: SEED-MEC Salto para o futuro – Educação de jovens e adultos. Brasília, 1999.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FERRAZ, F., BACKES, V.M.S., MARTINEZ, F.J.M., FEUERWERKER, L.C.M., LINO, M.M. **Gestão de recursos financeiros na educação permanente em saúde: desafio ambicioso das comissões de integração ensino-serviço.** Ver. Ciência e Saúde Coletiva, 18(6); 1683-1693, 2013.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia – saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Ed. Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GADOTTI, M. **Perspectivas Atuais na Educação.** São Paulo em Perspectiva. 2000.

GADOTTI, M. ROMÃO, J.E. **Educação de Jovens e Adultos – teoria, prática e propostas.** São Paulo: Cortez; 2000.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUIMARÃES, E.M.P, MARTIN, S.H., RABELO, F.C.P. **Educação Permanente em Saúde: reflexões e desafios.** Ciencia y Enfermeria. XVI (2): 25-33. 2010.

GUIZARDI, F. L., CAVALCANTI, F. O. L. **O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional.** Rev. Physis vol.20 no.4 Rio de Janeiro/ Dez. 2010. [1245-1265](https://doi.org/10.1590/S0103733120100004000102010) Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103733120100004000102010. Acesso 05-05-2014 16:00hs

LAKATOS, E.M.; MARCONI M.A. **Fundamentos de metodologia científica.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LIMA, V. V. **Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.17, p.369-79, mar/ago 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a12.pdf>>. Acesso em: 24 de abril 2014.

LUDKE, M., ANDRÉ, M. E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

MARTINS JJ, ALBUQUERQUE GL. **A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde.** Ciência Cuidado Saúde. 2007;6(3):351-6:

MATURANA. H. **A ontologia da realidade.** Belo Horizonte: Editora da UFMG. 1999

MERHY, E.E., FEUERWERKER, L.C.M., CECCIM, R.B. **Educación permanente em salud uma estratégia para intervir em La micropolítica Del trabajo en salud.** Salud Colectiva, Lànus, v. 2, n.2, p. 147-60, 2006.

MERHY, E.E., & CECILIO, L.C.O. **O singular processo de coordenação dos hospitais.** Campinas, Mimeo (no prelo da Revista saúde em Debate), 2002

MINAYO, M.C.S (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2004. 269p.

MORIN. E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento / Edgar Morin; tradução Eloá Jacobina.** - 8aed. -Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

MORIN. E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** Tradução: Catarina Eleonora F. da Silva e Jeane Sawaya; ver. Técnica Edgard de Assis Carvalho. 2ª Ed – São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.

MOTTA, J. I. J.; RIBEIRO, E. C. O. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.** Mar. 2005. Disponível em: <www.redeunida.org.br>. Acesso em: 13 out. 2014.

PAIVA J., MACHADO,M.M., IRELAND, T. **Educação de Jovens e Adultos: uma memória contemporânea, 1996-2004.** – Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do Ministério da Educação : Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2007.

PETRAGLIA, Izabel. **Edgar Morin: A educação e a Complexidade de Ser e do Saber.** 6ª ed, Petrópolis, Vozes 2001.

PORCARO, R. C. **A história da educação de jovens e adultos no brasil.** Disponível em <http://alfabetizarvirtualtextos.wordpress.com/> acesso 01-05-2014 às 10hs.

RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. **Pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde**

Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual De Educação Permanente Em Saúde Santa Catarina – Brasil- 2011 - 2015**

Silva LAA, Ferraz F, Lino MM, Backes VMS, Schmidt SMS. **Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 set;31(3):557-561.

SOARES, L. J. G. **A educação de jovens e adultos: momentos históricos e desafios atuais.** Revista Presença Pedagógica, v.2, nº11, Dimensão, set/out 1996.

SOARES, L. J. G. **O surgimento dos Fóruns de EJA no Brasil: articular, socializar e intervir.** In: RAAAB, alfabetização e Cidadania – políticas Públicas e EJA. Revista de EJA, n.17, maio de 2004.

SOUZA, A. C.; FIALHO, F. A. P.; OTANI, N. **TCC : métodos e técnicas**. Florianópolis: Visual Books, 2007. 159p.

YUS, R. **Educação integral – uma educação holística para o século XXI**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado(a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____, residente e domiciliado
_____, portador da Carteira de
Identidade, RG (_____), nascido(a) em ____/____/_____, concordo
de livre e espontânea vontade *em participar como voluntário* da pesquisa **A PRÁTICA DA
EDUCAÇÃO PERMANENTE E A POSSIBILIDADE DE INSERÇÃO NO
AMBIENTE HOSPITALAR** Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem
como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou
ciente que:

O estudo se refere à experiência de EP desenvolvida nas UBS e apartir dela identificar com os gestores de saúde a possibilidade de inserção da EP no ambiente hospitalar. Tendo como objetivos, **objetivo geral:** Conhecer o entendimento dos gestores de saúde sobre Educação Permanente e sua possibilidade de praticá-la no ambiente hospitalar .

Objetivos específicos, destacamos:

- d) Conhecer o entendimento dos gestores das UBS em processo de EP e dos gestores dos hospitais geral e pediátrico, sobre a prática da EP;
- e) Descrever a implicação dos gestores hospitalares com a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação em saúde;
- f) Identificar as possibilidades de renovação das práticas cotidianas, dos processos de trabalho e das relações assistenciais no ambiente hospitalar

g) Discutir a inserção da educação permanente no ambiente hospitalar a partir da experiência das UBS.

- 1) A pesquisa é importante de ser realizada pois, ao direcionar o olhar para o contexto dos serviços de saúde locais, identificamos que aqui no município de Lages, a Educação Permanente (EP) nos serviços de saúde da atenção básica⁵ já se configura como uma política implantada e em desenvolvimento nas Unidades Básicas de Saúde(UBS)⁶, no entanto propomos com esta pesquisa identificar as lacunas que possivelmente ainda existam entre os aspectos teóricos e operacionais para a consolidação desta política, para a partir daí, discutir a percepção dos gestores de saúde sobre a prática da EP e a possibilidade implantação desta política no ambiente hospitalar, considerando referenciais que identificam que a transição dos modelos de gestão em saúde, para uma gestão integral, vem ao encontro do pressupostos da EP.
- 2) Participarão da pesquisa os gestores de saúde do Hospital Público Estadual e neles lêem-se o diretor geral da instituição e o gestor da gerência regional de saúde a qual o hospital é subordinado e os Gestores das Unidades Básicas de Saúde - escola do município de Lages e os gestores do Hospital Pediátrico Municipal.
- 3) Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada no período de dezembro de 2014. Para o alcance dos objetivos desta pesquisa será utilizado como instrumento para coleta de dados a estratégia de entrevista semi-estruturada, que será registrada em áudio mediante autorização prévia dos sujeitos a partir do preenchimento deste termo.
- 4) A pesquisa é importante de ser realizada pois pretende estimular reflexões por parte dos gestores de saúde sobre a possibilidade de inserção da EP no ambiente hospitalar, a partir da experiência das UBS. Dar visibilidade a processos e possibilidades relacionadas à Educação Permanente na cidade de Lages.
- 5) Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a pesquisadora Sonimary Nunes Arruda, responsável

⁵ No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas- Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde(PNAB 2012)

⁶ As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade.(PNAB 2012)

³ A co-gestão apresenta-se como um projeto de construção de compromisso e solidariedade com o interesse público, de capacidade reflexiva e autonomia dos sujeitos.(GUIZARDI & CAVALCANTI 2010)

pela pesquisa no telefone 49-8804-41-34, ou no endereço eletrônico, via e-mail enf.sony@hotmail.com;

- 6) Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.
- 7) Por questões éticas e para manutenção do sigilo e anonimato dos sujeitos, será estabelecido codinomes, garantindo assim a proteção e confidencialidade. Uma rede de comunicação entre participantes e pesquisadora será estabelecida no sentido de que frente a qualquer dúvida o participante poderá contar com um apoio.
- 8) Os riscos possíveis são, de que caso os sujeitos no decorrer da pesquisa sintam-se lesados psíquica ou moralmente estes podem desistir da participação da pesquisa em qualquer momento, sendo esta questão prevista no TCLE.
- 9) Os benefícios encontram-se assentados na possibilidade de inserção da EP no ambiente hospitalar com vistas a transformação das práticas em saúde deste ambiente.
- 10) As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados
- 11) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa com a pesquisadora.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Lages, _____ de _____ de _____

(nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Sonimary Nunes Arruda

Telefone para contato: 49-8804-41-34

E-mail: enf.sony@hotmail.com

CEP – UNIPLAC: Av. Castelo Branco, 170 – PROPEG - Telefone para contato: (49) 3251-1075.

APÊNDICE B
INSTRUMENTO DE PESQUISA- Questionário para gestor das UBS

Nome:

Idade:

Profissão:

Tempo de Formado:

Tempo de atuação na ESF:

Codiname:

1. Como acontece a Educação Permanente nessa Unidade?

2. O que mudou desde a implantação da EP nessa Unidade?

3. Depois das oficinas promovidas pela prof^ª Marina e Prof. Geraldo, como você classificaria o desenvolvimento da reunião reservada à EP?

4. Escreva QUATRO palavras que definam sua atual experiência com a EDUCAÇÃO PERMANENTE.

--	--	--	--

4. Hoje o que você pensa a respeito de atividades de EP que ocorrem nesse serviço?

5. Relate uma situação que vivenciou ao longo dessas reuniões e considerou interessante.

6. Como deveriam ser desenvolvidas as reuniões de EP nos serviços de saúde?

7. Qual a maior dificuldade encontrada para a realização da EP na prática?

8. No seu local de trabalho a EP tem se apresentado como um espaço de reflexão e análise, gerando conhecimentos para a renovação da prática profissional? Porque?

9. Cite uma atitude facilitadora para mudar a prática do serviço de saúde e na instituição como um todo.

Se você tem interesse em receber, em alguns meses, a síntese das informações que elaboramos a partir desta pesquisa, por favor nos informe seu e-mail:

Muito obrigada pelo seu tempo, sua atenção e valiosa informação!

INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA COM GESTORES DO HOSPITAL

Nome:

Idade:

Profissão:

Formação:

Tempo de Formado:

Tempo de atuação na GESTÃO em saúde:

Há um modelo de gestão que você segue para condução de sua prática como gestor? Qual?

Codinome:

- a) Qual sua compreensão sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde?
- b) Você conhece as experiências da Educação Permanente desenvolvidas em Lages?
- c) O que você sabe sobre a experiência de EP nas unidades básicas de saúde em Lages?
- d) Há alguma atividade relacionada à EP sendo desenvolvida neste hospital? Qual?
- e) Escreva quatro palavras que para você definem a EP.

--	--	--	--

- i) Você já vivenciou alguma experiência de EP? Qual? Onde?
- j) Como e com quem, deveriam ser realizadas as reuniões de EP no ambiente hospitalar?
- k) Qual a maior dificuldade para realização da EP na prática?
- l) Quais aspectos relacionados ao fluxo assistencial realizado pelos profissionais e setores do hospital você gostaria que houvesse mudanças?
- m) No ambiente hospitalar a EP pode se constituir um espaço de reflexão e análise, gerando conhecimentos para renovação da prática profissional. Por quê?
- n) Cite uma atitude facilitadora da gestão capaz de mudar as práticas assistenciais no ambiente hospitalar?
- o) Há momentos de discussão e reflexão sobre as práticas de atenção gestão e formação em saúde nesta instituição? Quais? Quem são os participantes?
- p) Você percebe a EP como possibilidade transformadora das práticas em saúde? Porque?
- q) No seu entendimento há possibilidade de implementação da EP para o ambiente hospitalar?

