



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM- ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM
ENFERMAGEM E SAÚDE

CINTIA KOERICH

**VISLUMBRANDO A GESTÃO DAS PRÁTICAS DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ENFERMAGEM EM UMA
INSTITUIÇÃO CARDIOVASCULAR À LUZ DA
COMPLEXIDADE**

Florianópolis
2014

CINTIA KOERICH

**VISLUMBRANDO A GESTÃO DAS PRÁTICAS DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ENFERMAGEM EM UMA
INSTITUIÇÃO CARDIOVASCULAR À LUZ DA
COMPLEXIDADE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, vinculado a Área de Concentração: Educação e trabalho em enfermagem e saúde e a Linha de Pesquisa: Tecnologias e gestão em educação, saúde, enfermagem.

Orientadora: Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann

Florianópolis
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Koerich, Cintia

Vislumbrando a gestão das práticas de educação permanente na enfermagem em uma instituição cardiovascular à luz da complexidade / Cintia Koerich ; orientador, Alacoque Lorenzini Erdmann - Florianópolis, SC, 2014. 180 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Gestão em saúde. 3. Gestão do cuidado de enfermagem. 4. Educação permanente em saúde. 5. Serviço hospitalar de Cardiologia. I. Erdmann, Alacoque Lorenzini. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Cintia Koerich

**VISLUMBRANDO A GESTÃO DAS PRÁTICAS DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ENFERMAGEM EM UMA
INSTITUIÇÃO CARDIOVASCULAR À LUZ DA
COMPLEXIDADE**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 12 de dezembro de 2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Educação e trabalho em enfermagem e saúde.

Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Presidente

Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Membro titular

Dra. Marli Terezinha Stein Backes
Membro titular

Dra. Keyla Cristiane do Nascimento
Membro titular

Dedico este trabalho ao meu avô
Lindolfo Koerich (*in memoriam*)
um grande homem que me ensinou
durante a vida a importância da
honestidade, da integridade e do
trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me dar força para a conclusão deste trabalho, sem ele nada é possível;

Ao meu marido Fernando por me apoiar e incentivar, por entender os momentos de ausência e impaciência. Amo-te;

À minha família, alicerce sem o qual não conseguiria manter-me de pé durante este percurso;

À minha avó Laura, minha segunda mãe, que sempre reza por mim. Como é bom sentir-me zelada por você;

À minha irmã Claudia pelas contribuições e parceria para a realização deste trabalho. Força é a palavra que te descreve;

Ao meu irmão Matheus, que apesar de seus 15 anos, possui o dom de confortar com suas manifestações de afeto. Você veio para mostrar que tudo pode ser diferente;

À minha mãe Zenita por me dar a vida. Nada pode ser mais importante que isso;

À minha orientadora Prof. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann pelos momentos de troca e pelas múltiplas oportunidades durante o processo de construção deste trabalho;

Aos professores do PEN e colegas de turma pela oportunidade ímpar de troca de saberes;

Aos companheiros do Grupo de pesquisa GEPADES/UFSC, pelo trabalho em equipe, em especial a Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Giovana Dorneles Callegaro Higashi, Maria Aparecida Baggio, aos bolsistas e demais integrantes pelas trocas diárias e também pelas conversas de apoio: Aline Lima Pestana, José Luis Guedes dos Santos, Janara Caroline Ribeiro, Profa. Selma Regina de Andrade. Sinceramente obrigada!

Aos participantes deste estudo que cederam um pouquinho de seu precioso tempo para contribuição neste estudo.

Às colegas enfermeiras do Hospital Infantil Joana de Gusmão pelas trocas de plantão e incentivo. Em especial à Luciana Rosatelli, Luciany Dias da Silva e Rosangela Wayhs. Obrigada!!

Aos membros da banca de sustentação por aceitarem o convite e pelas contribuições para este estudo.

Enfim, a todos que de alguma forma torceram para a concretização deste trabalho.

“Todo desenvolvimento verdadeiramente humano significa o desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e do sentimento de pertencer à espécie humana.”

(Edgar Morin, 2011)

KOERICH, Cintia. **VISLUMBRANDO A GESTÃO DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO CARDIOVASCULAR À LUZ DA COMPLEXIDADE.** 2014. 180f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Orientadora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann.

Linha de Pesquisa: Tecnologias e Gestão em Educação, Saúde, Enfermagem.

RESUMO

A necessidade de novos modelos de gestão suscita discussões acerca de uma gestão mais participativa que integre a equipe de trabalho nas discussões, decisões e aperfeiçoamento no trabalho. Assim, o enfermeiro, ao gerenciar as práticas de educação permanente possibilita a abertura de novos espaços aos trabalhadores na instituição favorecendo um cuidado mais qualificado. É esperado que o enfermeiro ao compreender a complexidade da problemática das doenças cardiovasculares e suas complexas relações e inter-relações no processo de saúde-doença, em especial em um ambiente de cuidado complexo, como é o caso da instituição hospitalar, seja capaz de discutir estratégias a fim de favorecer a gestão do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por doença cardiovascular. Tendo o ambiente de trabalho como espaço para práticas educativas e de produção de serviços, é capaz de promover um cuidado criativo, humano e comprometido com fatores que proporcionem um cuidado integral e de qualidade. O estudo teve como questão de pesquisa: Como os enfermeiros gestores do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por doença cardiovascular experienciam as relações, interações e associações da prática da educação permanente em um hospital referência cardiovascular? E que significados atribuem a estas experiências? Desta forma, buscou-se compreender os significados atribuídos por enfermeiros gestores do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por doença cardiovascular às relações, interações e associações da prática da educação permanente em um hospital referência cardiovascular de Santa Catarina. Assim como elaborar um modelo teórico explicativo a partir dos significados atribuídos por enfermeiros gestores do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por doença cardiovascular às relações, interações e associações da prática da educação permanente à

luz do pensamento complexo. Utilizou-se como referencial metodológico a *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e como referencial teórico o pensamento complexo proposto por Edgar Morin. Participaram do estudo 22 profissionais da enfermagem, entre enfermeiros e técnicos em enfermagem, os quais constituíram 3 grupos amostrais. Para organização dos dados das entrevistas foi utilizado o *software NVIVO*^{®10}. A coleta e análise dos dados ocorreram simultaneamente, entre junho e outubro de 2014, seguindo as etapas propostas pela TFD: codificação aberta, axial e seletiva. Desse processo emergiu o fenômeno: **Vislumbrando a gestão das práticas de educação permanente na emergência do cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia** resultado da inter-relação das cinco categorias que expuseram o modelo teórico aqui apresentado, sendo estas: Identificando necessidades de conhecimento e aperfeiçoamento profissional em cardiologia a fim de promover a segurança do paciente; Revelando as especificidades do cenário e o apoio incipiente da instituição referência frente às práticas de educação no trabalho; Percebendo potencialidades e fragilidades para gestão das práticas de educação permanente na instituição; Buscando estratégias para gestão das práticas de educação permanente diante da adesão incipiente às práticas tradicionais e Desvelando outras configurações para gestão das práticas de educação no trabalho a fim de alcançar um cuidado de excelência. Torna-se evidente a emergência de novos modelos de práticas de educação no trabalho que envolva os profissionais em uma relação dialógica e de cooperação, respeitando os enfoques tradicionais, porém considerando que práticas educacionais, como cursos e palestras, pontuais e isoladas já não correspondem às necessidades dos profissionais de saúde, dos usuários e da própria instituição. Assim, espera-se uma lógica para educação no trabalho que esteja orientada para a transformação dos serviços de saúde e comprometida permanentemente com o desenvolvimento de seus trabalhadores, considerando que as mudanças necessárias vão além da necessidade de conhecimentos específicos apontando para mudanças no próprio contexto institucional.

Palavras-chave: Enfermagem. Gestão em saúde. Gestão do cuidado de enfermagem. Educação no trabalho. Educação permanente em saúde. Serviço hospitalar de Cardiologia.

KOERICH, Cintia. **GLIMPSING THE MANAGEMENT PRACTICES OF PERMANENT EDUCATION IN NURSING IN CARDIOVASCULAR INSTITUTION BASE ON THE COMPLEXITY.** 2014. 180f. Dissertation (Master in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Guidance counselor: Dr. Alacoque Lorenzini Erdmann.

Research Line: Technologies and Management in Education, Health, Nursing.

ABSTRACT

New management models needed bring discussions about a more participatory management that integrates the work team in the discussions, decisions and improvement at work. Therefore, when the nurse manages the permanent education practices, he enables the opening of new spaces for workers at the institution favoring a more qualified care. It is expected that when the nurse understands the complexity of the problem of cardiovascular diseases and their complex relationships and interrelationships in the health-disease process, especially in an environment of complex care, such as hospital institution, he is able to discuss strategies to facilitate the nursing care management to the individual with cardiovascular disease. Having the work place for educational practices and production of services, he is able to promote a creative, human care and committed to factors to provide a comprehensive and quality care. The research question of the study was: How do nursing managers of nursing care to the individual with cardiovascular disease experience the relationships, interactions and associations practice of permanent education in a reference cardiovascular hospital? And what are the meanings attributed to these experiences? Thus, it was sought to understand the meaning of relations, interactions and associations of the practice of permanent education in a reference cardiovascular hospital of Santa Catarina given by nursing care managers to the individual with cardiovascular disease. In addition, elaborate theoretical model to explain relations, interactions and associations of the practice of permanent education based on complex thinking by the meanings given by nursing care managers to the individual with cardiovascular disease. As methodological reference, *Grounded Theory (GT)* was used and as a theoretical reference, the complex thinking proposed by Edgar Morin was used. In this study 22

nursing professionals participated, including nurses and nursing technicians, which constituted 3 sample groups. For organization of data of the interviews, the *NVIVO®10* software was used. The data collection and analysis occurred simultaneously, between June and October 2014, by following the steps proposed by the GT: open, axial and selective coding. From this process, a phenomenon has surged: **Glimpsing the management of permanent education practices in qualified emergency nursing care in cardiology**, result from the interrelation of the five categories showing the theoretical model presented here: Identifying professional needs for knowledge and training in cardiology in order to promote patient safety; Revealing the specifics of the scenario and the incipient support to reference institution education practice at work; Realizing potentialities and weaknesses to management of permanent education practices at the institution; Seeking strategies for the management of permanent education practices on incipient accession to traditional practices; and Unveiling other settings for management of education practices at work in order to achieve a care of excellence. It is evident the emergence of new models of education practices at work involving the professionals in a dialogical and cooperation relationship, respecting the traditional approaches, but considering the educational practices, such as courses and lectures, punctual and isolated no longer corresponding to the needs of health professionals, and users of the institution itself. Thus, it is expected a logic to education at work that is oriented to the transformation of the health services and committed permanently with the development of its workers, considering the necessary changes are beyond the need for specific knowledge pointing to changes in the institutional context.

Keywords: Nursing. Health Management. Nursing care management. Education at work. Permanent education in health. Hospital of Cardiology Service.

KOERICH, Cintia. **VISLUMBRANDO LA GESTIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN LA ENFERMERIA EN UNA INSTITUCIÓN CARDIOVASCULAR A LA LUZ DE LA COMPLEJIDAD.** 2014. 180f. Disertación (Maestría em Enfermería) – Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Orientadora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann.

Línea de Investigación: Tecnologías y Gestión en Educación, Salud, Enfermería.

RESUMEN

La necesidad de nuevos modelos de gestión suscita discusiones acerca de una gestión más participativa que integre el equipo de trabajo en las discusiones, decisiones y perfeccionamiento en el trabajo. Así, el enfermero, al gestionar las prácticas de educación permanente posibilita la abertura de nuevos espacios a los trabajadores en la institución favoreciendo un cuidado más calificado. Se espera que los enfermeros al comprender la complejidad de la problemática de las enfermedades cardiovasculares y sus complejas relaciones e inter-relaciones en el proceso de salud-enfermedad, en especial en un ambiente de cuidado complejo, como es el caso con el hospital, sea capaz de discutir estrategias a fin de favorecer la gestión de la atención de enfermería a la persona con la enfermedad cardiovascular. Tener el ambiente de trabajo como espacio de prácticas educativas y de producción de los servicios, ser capaz de promover una atención creativa, humana y comprometida con factores que proporcionan una atención integral y de calidad. El estudio tiene la pregunta de investigación: ¿cómo los enfermeros responsables de la atención de enfermería a la persona con la enfermedad cardiovascular experimenta las relaciones, interacciones y asociaciones de la práctica de la educación permanente en un hospital cardiovascular referencia? Y ¿cuáles son los significados atribuidos a estas experiencias? Por lo tanto, hemos tratado de comprender el significado atribuido por enfermeros gestores del cuidado de enfermería a la persona con la enfermedad cardiovascular a las relaciones, interacciones y asociaciones de la práctica de la educación permanente en un hospital cardiovascular referencia de Santa Catarina, así como elaborar un modelo teórico explicativo a partir de los significados atribuidos por enfermeros gestores del cuidado de enfermería al paciente cardíaco a las relaciones, interacciones y asociaciones de la práctica de

la educación permanente en base al pensamiento complejo. Se utilizó como referencial metodológico la Grounded Theory o Teoría Fundamentada en los Datos (TFD) y como referencial teórico el pensamiento complejo propuesto por Edgar Morin. Participaron del estudio 22 profesionales de enfermería, entre enfermeros y técnicos en enfermería, los cuales constituyeron 3 grupos muestrales. Para organización de los datos de las entrevistas fue utilizado el software NVIVO®10. La recolección y análisis de los datos ocurrieron simultáneamente, entre junio y octubre 2014, siguiendo las etapas propuestas por la TFD: codificación abierta, axial y selectiva. De ese proceso surgió el fenómeno: **Vislumbrando la gestión de las prácticas de educación permanente en la emergencia del cuidado de enfermería calificado en cardiología** resultado de la inter-relación de las cinco categorías que expusieron el modelo teórico aquí presentado, siendo éstas: Identificando necesidades de conocimiento y perfeccionamiento profesional en cardiología a fin de promover la seguridad del paciente; Revelando las especificidades del escenario y el apoyo incipiente de la institución referencia frente a la práctica de educación en el trabajo; Percibiendo potencialidades y fragilidades para gestión de las prácticas de la educación permanente en la institución; Buscando estrategias para gestión de las prácticas de educación permanente delante de la adhesión incipiente a las prácticas tradicionales y Desvelando otras configuraciones para gestión de las prácticas de educación en el trabajo a fin de alcanzar un cuidado de excelencia. Es evidente la emergencia de nuevos modelos de prácticas de educación en el trabajo que implique los profesionales en una relación dialógica y de cooperación, respetando los enfoques tradicionales, pero considerando que prácticas educacionales, como cursos y palestras, puntuales y aisladas ya no corresponden a las necesidades de los profesionales de salud, de los usuarios y de la propia institución. Así, se espera una lógica para educación en el trabajo que esté guiada para la transformación de los servicios de salud y comprometida permanentemente con el desarrollo de sus trabajadores, considerando que las mudanzas necesarias van más allá de la necesidad de conocimientos específicos apuntando para cambios en el propio contexto institucional.

Palabras-clave: Enfermería. Gestión en salud. Gestión del cuidado de enfermería. Educación en el trabajo. Educación permanente en salud. Servicio de cardiología en hospital.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica do delineamento dos grupos amostrais	52
Figura 2 - Exemplo de codificação aberta no NVIVO.....	54
Figura 3 - Exemplo de codificação aberta no NVIVO	55
Figura 4 - Exemplo de codificação axial no NVIVO	56
Figura 5 - Diagrama representativo do Modelo Teórico	58
Figura 6 - Memorando elaborado a partir da entrevista oito do primeiro grupo amostral.....	59
Figura 7 - Memorando elaborado a partir da entrevista um do segundo grupo amostral.....	60
Figura 8 - Memorando elaborado a partir da entrevista dois do terceiro grupo amostral.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Apresentação das categorias e subcategorias.....	64
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEE	Comissão de Ética em Enfermagem
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes
CME	Central de Materiais e Esterilização
CRM	Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doenças Cardiovasculares
EAD	Educação à Distância
FAPESC	Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina
GEPADES	Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICSC	Instituto de Cardiologia de Santa Catarina
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAM	Pressão Arterial Média
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
POP	Procedimento operacional Padrão
PVC	Pressão Venosa Central
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada em Dados
UCO	Unidade Coronariana
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UTI	Unidade de Terapia intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	27
1.1 OBJETIVOS	32
2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	33
2.1 AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES: PREVALÊNCIA E NECESSIDADE DE CUIDADO ESPECIALIZADO	33
2.2 GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO INDIVÍDUO ACOMETIDO POR DOENÇA CARDIOVASCULAR NA ALTA COMPLEXIDADE	35
2.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	38
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	43
3.1 O PENSAMENTO COMPLEXO	43
4 MÉTODO.....	47
4.1 LOCAL DO ESTUDO	48
4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	49
4.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	50
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	62
5 RESULTADOS.....	63
5.1 MANUSCRITO 1: VISLUMBRANDO A GESTÃO DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA EMERGÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM QUALIFICADO EM CARDIOLOGIA	115
5.2 MANUSCRITO 2: REVELANDO SIGNIFICADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA CARDIOVASCULAR.....	143
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
REFERÊNCIAS.....	165
APÊNDICE A – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido...175	
APÊNDICE B – Instrumento de Validação do Modelo Teórico...177	
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....179	

1 INTRODUÇÃO

Considerando a incidência cada vez maior de pessoas acometidas por doenças crônicas não transmissíveis, em especial as doenças do aparelho circulatório, e o conseqüente aumento no número de internações e necessidades de cuidados especializados (DATASUS, 2013), assim como a velocidade com que o conhecimento e tecnologia se inovam no mundo atual, espera-se que a equipe de saúde esteja preparada para oferecer o suporte adequado a esta demanda objetivando a melhoria na qualidade do cuidado prestado. Neste contexto, o enfermeiro como gestor do cuidado de enfermagem e do serviço de saúde, precisa buscar a qualificação permanente em seu trabalho, assim como estimular a equipe de saúde para tal (DIAS *et al.*, 2011).

Neste sentido, existe uma grande preocupação no âmbito da saúde pública com o indivíduo acometido por doença cardiovascular, o que no Brasil levou a construção de uma política nacional de atenção cardiovascular de alta complexidade ainda em 2004 pela portaria 1169/GM, a qual prevê a assistência deste paciente de forma especializada (BRASIL, 2004a). Considera-se que os mesmos necessitam de cuidados mais rigorosos e uma maior assistência da família e da equipe de saúde visando garantir um atendimento integral (ANDRADE; SORATTO, 2009).

Em 2013, foi instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) a rede de atenção às urgências e emergências, que estabelece o serviço de unidade coronariana (UCO) como local de cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA), devendo necessariamente dispor de infraestrutura típica de terapia intensiva, e se localizar em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com SCA, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e oportunidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência (BRASIL, 2013).

De um modo geral, a doença cardiovascular (DCV) caracteriza-se por fatores que limitam ou impedem o ser humano gozar de condições de viver saudável. Pode-se afirmar que a base fisiopatológica para os eventos cardiovasculares é a aterosclerose, processo que se desenvolve silenciosamente ao longo do tempo de vida, podendo ser os primeiros sinais fatais ou altamente limitantes (SANTOS *et al.*, 2013).

No ano de 2013 as doenças do aparelho circulatório representaram a terceira causa de hospitalizações pelo SUS, com 1.114.462 internações, sendo a insuficiência cardíaca a causa mais frequente (DATASUS, 2013). A perspectiva é de aumento destes

números entre 40 e 50%, com o aumento da expectativa de vida da população e evolução do tratamento. Esses dados apontam o ônus que as DCV representam para o SUS, além de reforçar a necessidade de desenvolvimento de intervenções estratégicas em saúde a fim de reduzir a expressão das DCV no Brasil (GALLANI *et al.*, 2013).

Neste contexto, em Santa Catarina, o número de internações por doenças do aparelho circulatório no ano de 2013 apresentou um aumento de 2,1% se comparado ao de 2011, representando 11,9% do total das internações no Estado (DATASUS, 2013). Devido à sua alta prevalência e morbidade torna-se necessário uma maior atenção à promoção de hábitos de vida saudáveis, assim como a prevenção do desenvolvimento de novos casos ou evolução dos casos já existentes para quadros mais graves. Para isso é pertinente que os profissionais de saúde conheçam a doença cardiovascular, os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da mesma, as comorbidades associadas e o estilo de vida do indivíduo acometido por DCV (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO VI, 2010).

Para tanto, o cuidado de enfermagem, no âmbito cardiovascular, exige conhecimento científico e competência aliado à habilidade técnica, e como ferramenta para facilitar estas ações, inclui-se a sensibilidade, a humanização e o respeito mediante as relações e interações estabelecidas entre paciente, familiares e profissionais. Considerando que em uma relação de cuidado, o profissional deve dar o melhor de si, prestigiando e respeitando também a experiência e os conhecimentos do outro (FERNANDES; SILVA, 2010), sendo a partir de um processo mútuo e permanente de ensinar e aprender que a interligação de saberes entre os profissionais e destes com o usuário torna-se possível (AMESTOY *et al.*, 2010).

Ainda, é pertinente que os profissionais de saúde no contexto de suas interações e buscando contemplar a integralidade do cuidado ao indivíduo acometido por DCV construam um pensamento complexo capaz de desenvolver saberes a partir da autonomia pensante e da reflexão consciente e problematizadora dos indivíduos. Neste sentido, o pensamento complexo vem complementar o pensamento que apenas separa e fragmenta por um pensamento que distingue, unifica e integra (BACKES *et al.*, 2010), considerando as duas lógicas necessárias.

Assim sendo, é esperado que o enfermeiro ao compreender a complexidade da problemática das doenças cardiovasculares e suas complexas relações e interações no processo de saúde-doença, em especial em um ambiente de cuidado complexo, como é o caso da instituição hospitalar, seja capaz de discutir estratégias a fim de

favorecer a gestão do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por DCV. Tendo o ambiente de trabalho como espaço para práticas educativas e de produção de serviços, é capaz de promover um cuidado criativo, humano e comprometido com fatores que proporcionem um cuidado integral e de qualidade.

Neste sentido a gestão do cuidado de enfermagem se caracteriza essencialmente por ações capazes de mobilizar as relações, interações e associações entre as pessoas, como seres humanos complexos, e que vivenciam a organicidade do sistema de cuidado complexo em ambientes ou espaços organizacionais, constituído por equipes de enfermagem potencializadas e sua integração com outros profissionais de saúde e com competências/aptidões/potenciais gerenciais próprios ou inerentes às atividades profissionais dos enfermeiros. A complexidade desta prática envolve múltiplas ações que permitem articular atribuições no sentido de construir e socializar conhecimentos (ERDMANN, 2011).

Pode-se afirmar que a gestão do cuidado de enfermagem inclui a capacitação, atualização, revitalização, ou o reconhecimento das aptidões e de desenvolvimento de potenciais dos trabalhadores de enfermagem como uma prática que emerge do trabalho para favorecer melhores práticas de cuidado, como uma política institucional. Neste sentido, o enfermeiro tem contribuído para implementação e manutenção de políticas de saúde, tendo potencial para assumir uma postura diferenciada na gestão dos sistemas de saúde (CHAVES; TANAKA, 2012).

Nesta perspectiva, no cenário das instituições hospitalares, o enfermeiro como gestor do cuidado de enfermagem, tem assumido importante posição ao gerenciar a equipe de enfermagem e integrar as áreas administrativas, assistenciais e de pesquisa por meio de medidas que visam a qualidade do atendimento (FURUKAWA; CUNHA, 2011). A gestão do cuidado de enfermagem sugere a reflexão sobre o contexto social e organizacional no qual o enfermeiro está absorvido, conduzindo-o à reflexão crítica sobre a organização institucional e a organização dos trabalhadores da enfermagem, indo ao encontro do que está previsto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) do Ministério da Saúde (GUERRA *et al.*, 2011).

A necessidade de novos modelos de gestão suscita discussões acerca de uma gestão mais participativa que integre a equipe de trabalho nas discussões, decisões e aperfeiçoamento no trabalho. Sendo assim, o enfermeiro, ao favorecer práticas de educação permanente possibilita a abertura de novos espaços aos trabalhadores na instituição oportunizando um cuidado mais qualificado (MEDEIROS *et al.*, 2010).

O estudo de Resck e Gomes (2008) sobre a construção do saber gerencial revela que a formação e o exercício do enfermeiro devem considerar as relações entre as dimensões do cuidar, do gerenciar, do educar e do pesquisar, assumindo desta forma o papel de articulador no sistema de saúde, nos serviços e no cuidado direto e indireto, integrando ensino e serviço, atendendo as demandas da população e construindo novos caminhos para a operacionalização do SUS.

Desde a década de 70 a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) já discutia os conceitos de educação permanente. Na década de 80 se falava da falta de preparo dos profissionais para atuarem no SUS, e apesar do movimento da reforma sanitária se preocupar com a formação e o emprego dos trabalhadores havia a necessidade de políticas competentes e continuadas para este fim. Notava-se o pouco preparo dos profissionais para atuarem na saúde contemplando os princípios do SUS havendo assim uma discrepância entre a formação e as reais necessidades do Sistema (ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

Atualmente, apesar dos esforços para redirecionar a formação dos profissionais de saúde, inclusive da enfermagem, para uma perspectiva crítico reflexiva, a formação por vezes continua focada no domínio técnico científico da profissão. Conseqüentemente este domínio está presente no cenário dos serviços de saúde, em especial nas instituições hospitalares, as quais apresentam uma cultura de fragmentação da assistência, dificultando as ações de promoção e proteção da saúde. Essa condição é geradora de conflitos, dificultando o debate crítico sobre os sistemas de cuidado (LUNARDI *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Para Scherer e Scherer (2012) o desafio da formação na atualidade está na incorporação de propostas de ensino que estejam contempladas no paradigma da complexidade, discutindo a realidade da globalização e absorvendo a construção da subjetividade da profissão. Assim, as estratégias pedagógicas precisam ser definidas de forma que desenvolvam os quatro pilares da educação: aprender a conhecer ou a aprender, que diz respeito a adquirir instrumentos para a competência ou compreensão; aprender a fazer, para poder agir no cenário da prática; aprender a conviver, a fim de participar, cooperar e trocar informações com outros; aprender a ser, entendido como visão holística do homem, incluindo dentre outros aspectos, inteligência, sensibilidade e responsabilidade pessoal (DELORS *et al.*, 2010).

Assim, a PNEPS instituída em 2004 pela portaria 198 GM/MS como estratégia do SUS, e alterada posteriormente em 2007 pela portaria 1.996 GM/MS (FORTUNA *et al.*, 2011), busca reforçar a

necessidade de mudança na formação profissional orientada pelo modelo biomédico positivista e faz uma crítica as abordagens pedagógicas focadas nos processos educativos verticalizados, enfatizando o desenvolvimento de tecnologias que considerem a produção de subjetividades participativas (NESPOLI; RIBEIRO, 2011).

No campo da educação, a PNEPS, transita pelo pensamento de Paulo Freire quando descreve as perspectivas da abordagem significativa e considera que os indivíduos aprendem a partir de seus conhecimentos prévios e suas motivações. Além disso, engloba muitas ideias em debate no campo da saúde e na luta pela produção de novos paradigmas para a gestão, educação e cuidado (NESPOLI; RIBEIRO, 2011). A PNEPS se organiza dentro de um quadrilátero formado por atenção, ensino, gestão e controle social, os quais norteiam as ações de educação permanente utilizando práticas centradas na resolução de problemas advindos do próprio cenário da prática profissional (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Implementar processos de educação permanente em saúde exige trabalhar com uma estratégia que inclua o desenvolvimento de processos de mudanças na prática dos serviços de saúde e na instituição como um todo, envolvendo todos os atores do processo no sentido de analisar/refletir sobre a prática diária e buscar estratégias em conjunto. Isso permite que o desenvolvimento dos trabalhadores e serviços aconteça concomitantemente, considerando que a melhoria das competências organizacionais e prestação de serviços dos profissionais permitem a melhora na qualidade do cuidado prestado (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

Assim pode-se pensar na educação permanente em saúde como instrumento de gestão do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por DCV, e que é possível melhorar a qualidade do cuidado utilizando a educação permanente, ou seja, a partir da implementação de ações que busquem a compreensão da complexidade que envolve as interações humanas, o ambiente de trabalho e o próprio processo de saúde-doença. Considera-se que através da análise das vivências de educação permanente se torna possível perceber/compreender as possibilidades e dificuldades existentes no processo de trabalho, assim como, as estratégias, habilidades e atitudes necessárias (STROSCHEIN; ZOCHE, 2011).

O interesse pela temática do estudo surgiu a partir da vivência profissional na instituição cardiovascular escolhida para este estudo, como também por meio da participação como voluntária no projeto de estudo intitulado “Significando a experiência cirúrgica e o processo de

viver do paciente submetido à revascularização do miocárdio” desenvolvido junto ao GEPADES- UFSC, no período de 2010 e 2011, na mesma instituição. Diante das observações e vivências como profissional, assim como dos resultados do estudo supracitado, observou-se a falta de articulação entre os profissionais de saúde, no sentido de buscar problematizar, questionar, repensar e reinventar as necessidades institucionais propondo as mudanças necessárias à melhoria da qualidade da atenção prestada ao indivíduo acometido por DCV.

Diante do exposto, este estudo apresenta o questionamento: Como os enfermeiros gestores do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por doença cardiovascular experienciam as relações, interações e associações da prática da educação permanente em um hospital referência cardiovascular? Que significados atribuem a estas experiências?

1.1 OBJETIVOS

Compreender os significados atribuídos por enfermeiros gestores do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por doença cardiovascular às relações, interações e associações da prática da educação permanente em um hospital referência cardiovascular de Santa Catarina.

Elaborar um modelo teórico explicativo a partir dos significados atribuídos por enfermeiros gestores do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por doença cardiovascular às relações, interações e associações da prática da educação permanente à luz do pensamento complexo.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo traz um breve resgate da literatura atual sobre as DCV e a necessidade de cuidado especializado, a gestão do cuidado de enfermagem na alta complexidade e a educação permanente em saúde destacando os pontos de maior relevância sobre a temática e explorando sua correlação a fim de dar sustentação a realização deste estudo e evidenciar sua importância diante do atual cenário de saúde.

2.1 AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES: PREVALÊNCIA E NECESSIDADE DE CUIDADO ESPECIALIZADO

Estima-se que as DCV sejam, no mundo, a principal causa de morte e perda da qualidade de vida relacionada a incapacidades (ROGER *et al.*, 2012). Nos Estados Unidos da América, no período de 1998-2008, uma a cada três mortes foram causadas por DCV. Ainda no território americano, estima-se taxa superior a 2.200 mortes por DCV por dia, o que representa uma morte a cada 39 segundos (ROGER *et al.*, 2012).

No Brasil, assim como no Estado de Santa Catarina, as DCV constituem a primeira causa de óbito. Segundo tabulação da mortalidade proporcional por grupos de causas, em 2011, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis, tanto no Brasil como em Santa Catarina, por aproximadamente 29% dos óbitos ocorridos, o que representa, em números absolutos, 335.213 e 10.571 mortes respectivamente. Ainda no Brasil, no período de 2009 a 2011 houve um crescimento de 4,5% no número de óbitos por doenças do aparelho circulatório, o que evidencia a importância da prevenção e cuidados especializados (DATASUS, 2013).

Em relação ao número de internações por doenças do aparelho circulatório no Brasil houve crescimento de 1,6% se comparado os anos de 2008 e 2013. No Estado de Santa Catarina o crescimento foi de aproximadamente 5% no mesmo período (DATASUS, 2013). A prevalência da Doença Arterial Coronariana (DAC) na população adulta está estimada em 5 a 8% (POLANCZYK; RIBEIRO, 2009) o que justifica a preocupação das autoridades com as DCV diante do crescente número de morbimortalidade e conseqüente aumento de custos com tratamento e invalidez.

Dentre as DAC o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) representa importante causa de internação, sendo em 2009, a terceira causa de hospitalização no SUS. Representou 10,2% das internações,

ultrapassando 25% na população com mais de 50 anos de idade (PIEGAS *et al.*, 2013). O IAM pode ser definido como uma isquemia resultante da falta de aporte sanguíneo para as artérias coronárias e que pode acarretar na necrose do músculo cardíaco, normalmente resultado da complicação da doença aterosclerótica crônica (SCHOEN; MITCHEL, 2008).

A causa das DCV é multifatorial, evidenciando o perfil epidemiológico, fatores hereditários e o convívio com os fatores de riscos, sendo este um importante elemento que aumenta significativamente o índice de morbimortalidade. Epidemiologicamente, as DCV estão inseridas no grupo das doenças crônicas não transmissíveis, caracterizadas pela ausência de micro-organismos, irreversibilidade e multiplicidade de fatores de risco (STTIP, 2012).

Dentre os principais fatores de risco para DCV pode-se citar o tabagismo, a dislipidemia, o sedentarismo, a hipertensão arterial, a obesidade e o diabetes que contribuem para o aumento da incidência da DCV. Como a principal manifestação clínica da DAC destaca-se a angina *pectoris*, decorrente da isquemia miocárdica, consequência de um desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigênio miocárdico (KAUFMAN; KUSCHNIR; XAVIER, 2011).

As DCV podem ser tratadas clínica ou cirurgicamente, dependendo do caso clínico. No entanto, independente do tratamento, irá exigir da equipe de saúde um cuidado especializado, evidenciando a equipe de enfermagem, considerando que estes profissionais compõem a equipe de saúde em maior número e prestam assistência direta ao paciente e em tempo integral visando minimizar possíveis complicações, tais como alterações nos níveis pressóricos, arritmias e isquemias, além de manter o equilíbrio dos sistemas orgânicos, o alívio da dor e do desconforto (DUARTE *et al.*, 2012).

Atualmente a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) é considerada uma das mais frequentes cirurgias cardíacas realizadas pelo SUS, representando 77% do total de cirurgias realizadas, tanto em hospitais públicos quanto em filantrópicos ou privados. Nos anos de 2005, 2006 e 2007, foram realizadas pelo SUS, 63.529 CRMs. Observa-se ainda, um número maior de CRMs realizadas na região sul e sudeste se comparada com outras regiões do Brasil, fato este relacionado ao maior desenvolvimento econômico, maior número de leitos e hospitais especializados (PIEGAS; BITTAR; HADDAD, 2009).

Neste sentido o avanço tecnológico, em especial na alta complexidade, exige que o profissional de saúde esteja atualizado e acompanhe a evolução do conhecimento em sua área de atuação. A

pesquisa brasileira tem crescido cada vez mais na área cardiológica, e a enfermagem tem contribuído de forma efetiva para esse crescimento. A compreensão das enfermeiras de como a problemática das doenças cardiovasculares se insere no cotidiano da assistência comporta uma aplicação de metodologias da assistência na prevenção destas doenças de modo a favorecer a gestão do cuidado de enfermagem. Desta maneira é possível propiciar um cuidado criativo, humano, engajado em todos os fatores que beneficiam a ação do autocuidado (STIPP, 2012).

Assim sendo, os profissionais de enfermagem e de saúde possuem importante atuação no cenário de cuidados ao indivíduo acometido por DCV, principalmente devido à instabilidade hemodinâmica e às potenciais complicações da doença. Considerar a realidade onde atuam esses profissionais é imprescindível para o planejamento de ações eficientes e eficazes, seja na promoção de saúde, seja no tratamento da doença cardíaca. Neste contexto, a capacitação dos profissionais de enfermagem e de saúde e a utilização de tecnologias como recurso de cuidado contribuem para um melhor atendimento ao indivíduo acometido por DCV e para maior expectativa de vida aos mesmos (BAGGIO *et al.*, 2011).

2.2 GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO INDIVÍDUO ACOMETIDO POR DCV NA ALTA COMPLEXIDADE

A Enfermagem é um campo de conhecimento que se materializa como disciplina científica, profissão com tecnologias próprias de cuidado, potencial de inovação e que provoca impacto na atenção à saúde da população ao proporcionar melhor condição de saúde (ERDMANN; PAGLIUCA, 2013). O enfermeiro tem seu espaço profissional compartilhado com as demais profissões de saúde, centrando-se nas necessidades de saúde do ser humano, na estrutura organizativa do sistema de cuidados e de saúde e nos avanços de conhecimentos na área da saúde, na sua integralidade e em suas especificidades (ERDMANN, 2011).

Vale e Pagliuca (2011) conceituam o cuidado de enfermagem como um fenômeno intencional e necessário à vida, que acontece no encontro de seres humanos que interagem, através de atitudes que envolvem consciência, zelo, solidariedade e amor. Esse cuidado expressa um "saber-fazer" que deve estar embasado na ciência, na arte, na ética e na estética, direcionado às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade. O cuidado de enfermagem pode ainda ser conceituado como um valor, um bem social, produto de um sistema

organizacional de cuidados com múltiplas interações humanas com o objetivo de cuidar do ser humano na sua saúde, promovendo um viver melhor e um ser melhor cuidado (ERDMANN, 2011).

O cuidado de enfermagem é considerado essencial para o paciente cardíaco. Na perspectiva da complexidade, o cuidado é entendido como um processo de interações e associações entre os seres humanos, permitindo conexões a partir de forças subjetivas entre o ser cuidado e o cuidador, sendo parte do sistema de saúde, tornando-o dinâmico, organizado e permitindo a sua coorganização junto aos demais sistemas sociais (BAGGIO; ERDMANN, 2011).

Neste sentido, inserido nas relações de cuidado está o ser humano, aqui representado pelo indivíduo acometido por DCV e pelos profissionais de saúde que prestam o cuidado. Este ser humano que é complexo por ser incompleto, imperfeito, singular e plural. Por possuir uma imensidão de sentimentos e desejos contraditórios. É também um ser aprendente, criativo, construtivo, crítico reflexivo, ativo e passivo de relações, interações e associações. É um ser do cuidado, de consciência, cognoscente, trabalhador do conhecimento. Sendo assim é capaz de promover mudanças nos serviços e práticas de saúde por meio de suas potencialidades (ERDMANN, 2011).

Estas relações de cuidado entre a enfermagem, equipe de saúde e paciente se materializam em diversos cenários do sistema de saúde. Aqui se ressalta as instituições hospitalares ou de alta complexidade, a qual abrange ações e serviços que visam a atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2007).

A instituição hospitalar é considerada uma organização complexa, ambígua e paradoxal. Sofre influência e influencia o meio externo, estando sua sobrevivência ligada à capacidade de perceber as mudanças sociais e a elas responder prontamente (PRADEBON *et al.*, 2011). Nesse enfoque, o cotidiano do trabalho exige reflexão sobre a necessidade de se adotar comportamentos e posturas inovadores que são influenciados pelo modo de pensar e que determinam as práticas que se estabelecem e se desenvolvem nas sociedades. Desse modo, nas diversas áreas do saber, as rápidas mudanças no cenário de saúde sugerem que a aprendizagem dos seres humanos ocorre em todo lugar e a todo tempo (SILVA; CAMILO, 2007).

Pode-se afirmar que os serviços de saúde são sistemas complexos adaptativos, devido a sua capacidade de auto-organização de diferentes

fenômenos que interagem entre si e com o ambiente. Neste complexo ambiente de relações e inter-relações apenas o aprendizado significativo é capaz de motivar a aderência dos trabalhadores aos processos de transformação do cotidiano de trabalho e consequentemente institucional (AMESTOY *et al.*, 2010).

Neste contexto, a gestão do cuidado de enfermagem passa pela concepção de sociedade do conhecimento que exalta o trabalhador do conhecimento, presente nas organizações de saúde, com potencial criador em interação com sua equipe, em um ambiente gerador de conhecimentos que se materializam em produtos, processos e serviços. A enfermagem se auto-organiza, não apenas no fortalecimento dos canais de comunicação multidirecionais, como também ao ampliar a capacidade de percepção, interpretação e respostas ou feedback internos e externos ao sistema (ERDMANN, 2011).

Pode-se afirmar que a gestão do cuidado de enfermagem constitui um complemento ao processo de trabalho do enfermeiro, devendo o cuidado ser gerenciado dentro das instituições com racionalidade e sensibilidade ultrapassando os princípios tecnicistas (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011). Sendo assim, a gestão do cuidado de enfermagem exige do enfermeiro não só conhecimento técnico-científico, mas também habilidade de gestão e liderança, considerando que gerenciar uma unidade hospitalar não é tarefa fácil e exige vários atributos, sendo que além de administrar e liderar abrange o cuidado direto e indireto ao indivíduo (CIOSAK, 2011).

Assim, o processo de gestão do cuidado de enfermagem deve estar direcionado às práticas de cuidado e administração deste cuidado, considerando que o trabalho em enfermagem mesmo sendo fragmentado encontra na gerência a articulação necessária para a interação de todo o processo de trabalho (RUTHES; FELDMAN; CUNHA, 2010). No entanto, cabe ressaltar, que no Brasil esta prática de gerenciar pelo enfermeiro permanece cercada de incertezas, tendo em vista a percepção capitalista do mercado atual a qual visa à produção e tende ao distanciamento do enfermeiro ao cuidado, fazendo com que os mesmos vivenciem os dilemas entre a ênfase burocrática do trabalho exigida pelas instituições e a gestão voltada para o cuidado. Neste sentido a gestão do cuidado de enfermagem apresenta-se como prioridade nas ações de enfermagem, utilizando os saberes administrativos e as novas tecnologias na sua prática diária (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011).

Portanto, as mudanças nos modelos de atenção à saúde requerem também mudanças na educação dos profissionais, pois estes necessitam

ter uma visão crítica, reflexiva frente ao seu processo de trabalho, qualificando as suas práticas de cuidado (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010). No âmbito da saúde deve-se pensar numa educação para a complexidade, que auxilie na religação dos saberes. Os saberes e as experiências devem ser compartilhados de forma a evitar o domínio de uma disciplina sobre a outra para, conseqüentemente, proporcionar um cuidado adequado capaz de atender as necessidades dos usuários respeitando e aceitando as diferenças entre todos os envolvidos, o que implica em uma relação dialógica que considere a dinamicidade da realidade/sistema (FALCÓN; ERDMANN; MEIRELLES, 2006).

A Enfermagem representa o lócus da produção de serviços relativos ao cuidado, o qual envolve as dimensões tecnológicas, gerenciais, éticas e educativas, estabelecendo múltiplas relações de dependência, interdependência e de autonomia que se configuram numa estrutura dinâmica complexa. Este cenário mobiliza-se pela atuação do enfermeiro, enquanto líder da equipe, responsável por proporcionar os meios adequados para que os atores agregados ao sistema possam exercer sua autonomia o suficiente para aprender (AMESTOY *et al.*, 2010).

Atualmente observa-se no campo da prática a falta de articulação entre os profissionais de saúde, destacando o enfermeiro, responsável pela gerência do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por DCV. Neste sentido o uso de ferramentas/estratégias de gestão do cuidado de enfermagem necessita ser colocados em prática, ou seja, utilizadas pelo enfermeiro gestor do cuidado de enfermagem em seu ambiente de atuação profissional. Podemos citar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), protocolos institucionais, que carecem de construção conjunta de toda a equipe de saúde, e os diversos programas e políticas ministeriais, ressaltando a PNEPS.

2.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Por meio do trabalho o ser humano edifica sua vida e se insere no mundo, não apenas no sentido de garantir a subsistência, mas para sua realização pessoal e profissional. Desta forma, o trabalho permite a continuidade do processo de formação humana, tanto em sua produtividade técnica, como nas dimensões, política, cultural, estética, artística, ou seja, em sua subjetividade. Assim, espera-se que o local de trabalho seja um espaço destinado a favorecer o crescimento pessoal e profissional, sendo espaço de aprendizagem, contribuindo para a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde (FERRAZ *et al.*, 2006).

O conceito de educação na saúde frequentemente é entendido como transferência de informações, com o uso de tecnologias avançadas ou não, cujas críticas têm confirmado sua limitação para dar conta da complexidade envolvida no processo educativo. Nesse sentido, a educação na saúde não pode ser reduzida apenas às atividades práticas que se reproduzem em transmitir informação (SALCI *et al.*, 2013).

De acordo com Freire (2005), para que a educação promova mudanças na sociedade, ela deve ocorrer continuamente, sendo preciso reconhecer que o ser humano é um ser inacabado e que somente há educação por este motivo. Desta forma, tal condição coloca o ser humano em uma constante busca e este é o sentido da educação (FREIRE, 2001). Neste contexto, a compreensão de educação como um processo que envolve ação-reflexão-ação, habilita as pessoas a aprenderem, evidenciando a necessidade de uma ação concreta, cultural, política e social visando “situações limites” e superação das contradições vivenciadas diariamente (FREIRE, 2005).

Desde antes da reforma sanitária no Brasil alguns problemas vêm sendo discutidos devido à necessidade de mudança do modelo assistencial e da formação dos trabalhadores da saúde indicando a existência de uma lacuna entre a formação profissional e as necessidades do SUS. Apesar das reformas no sistema de saúde brasileiro a partir da implantação do SUS na década de 90, a necessidade de maiores investimentos na formação dos trabalhadores de saúde acabou contribuindo para a permanência do modelo hegemônico de atenção a saúde (ALMEIDA, FERRAZ, 2008) dificultando a inserção de novos modelos de educação.

Neste sentido, a educação permanente traz a perspectiva da realização do encontro entre o mundo da formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras (BRASIL, 2004b).

Propõe, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Ao se colocar

em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS, por meio da construção da proposta de uma educação permanente em saúde, espere-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS (BRASIL, 2004b).

A educação permanente ancora-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Ela é realizada no cotidiano de trabalho, a partir dos problemas enfrentados neste ambiente, e leva em consideração os conhecimentos e experiências que os profissionais já possuem. Propõe que o processo de aprendizagem dos profissionais de saúde se dê a partir da problematização do processo de trabalho e que a formação considere as necessidades de saúde das pessoas e populações, objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009).

A proposta da educação permanente pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação, porém nunca o inverso. Contudo, deve promover mudança nas ações coletivas, ou seja, a mudança deve ser institucional e não individual. A educação deve ser contínua de maneira que possa ser avaliada e aprimorada constantemente (BRASIL, 2009). Segundo Freire (2005), as instituições de saúde são corresponsáveis pelo processo de desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, o que implica assumir compromissos, comprometendo-se consigo e com o outro, para que o resultado seja uma ação transformadora.

Neste sentido, a Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. Assim, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS (BRASIL, 2004b).

O conceito de educação permanente em saúde foi inicialmente trabalhado na saúde pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). E na década de 70, a Educação Permanente passou a ser base da Política Educacional da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Para Ceccim (2005) o

conceito de Educação Permanente em Saúde é ampliado, considerando que a mesma corresponde à Educação em Serviço, assim como quando se alia a Educação Continuada e a Educação Formal de Profissionais:

[...] a educação permanente corresponde a educação em serviço quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudanças da orientação política, das ações prestadas em um dado tempo e lugar. Corresponde à educação continuada quando esta pertence a construção objetiva de quadros institucionais e a investidura de carreiras por serviços em tempo e lugar. Por fim, corresponde à educação formal de profissionais quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor mundo do trabalho e o setor mundo de ensino (CECCIM, 2005).

Em fevereiro de 2004, a PNEPS foi instituída através da Portaria 198/04 GM/MS, sendo revisada mais tarde em 2007, onde foram considerados os dispositivos apresentados no Pacto pela Saúde, Pacto pela Vida e de Gestão (BRASIL, 2009). Tal política busca reforçar a necessidade de mudança na formação profissional orientada pelo modelo biomédico positivista e faz uma crítica as abordagens pedagógicas focadas nos processos educativos verticalizados, enfatizando o desenvolvimento de tecnologias que considerem a produção de subjetividades participativas (NESPOLI; RIBEIRO, 2011).

A PNEPS prevê que toda a política de formação e desenvolvimento profissional para o SUS seja baseada no conceito de educação permanente em saúde e articule as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento profissional, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde. Assim o conceito assumido pela política é que a educação permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, e que este processo de aprendizagem considere a rede de serviços oferecida pelo SUS, a fim de que se trabalhe de forma articulada reconhecendo os contextos e histórias assegurando adequado

acolhimento e responsabilização pela saúde das pessoas e população (BRASIL, 2009).

Ainda, a PNEPS concorda com o discurso de Paulo Freire ao apontar o diálogo enquanto essência da educação e como prática de liberdade que consiste em um fenômeno humano, o qual não deve ser reduzido ao simples depósito de ideias de um sujeito no outro, pois representa o encontro entre os homens, para problematizar situações e modificar a realidade (PEIXOTO *et al.*, 2013). Os sujeitos se reúnem no processo de educação para investigar temas de interesse do próprio grupo, representar uma situação-problema de circunstâncias reais, que leva à reflexão da própria realidade, para posteriormente, decodificá-la e reconhecê-la (FREIRE, 2005).

O estudo de Montanha e Peduzzi (2010) realizado sobre o tema da Educação Permanente em saúde realizado em um hospital de ensino da região sudeste do Brasil revela que a médio e longo prazo os trabalhadores conseguem ampliar suas expectativas para uma visão crítica do trabalho, bem como em relação à interação profissional-usuário e a articulação teoria-prática, numa compreensão de educação no trabalho orientada pela educação permanente. O estudo revela que a educação continuada e educação permanente podem se complementar e que a diferença entre as duas concepções de educação concede ao profissional o reconhecimento do espaço que deve ocupar na gestão do trabalho.

Outro estudo realizado em um hospital universitário do sudeste do Brasil mostrou que a participação dos enfermeiros nos núcleos de educação permanente do hospital permitiu a elaboração de diretrizes para a estruturação do serviço de educação permanente na instituição, assim como possibilitou ao enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem, se colocar como facilitador de ações educativas voltadas a equipe de enfermagem, despertando a compreensão sobre a importância do envolvimento e responsabilização pela própria educação profissional (JESUS *et al.*, 2011).

Diante do descrito, espera-se que o desenvolvimento de programas de educação na saúde seja orientado pela evolução da tecnologia, que demanda rápidas mudanças no contexto do cuidado à saúde, devendo também ser organizado de forma a trabalhar as necessidades educativas identificadas em cada grupo. É de reconhecimento amplo que a educação permanente possui grande valor, pois proporciona conhecimento, crescimento, atualização e aperfeiçoamento do profissional e conseqüentemente da própria instituição (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico escolhido para orientar este processo de investigação, direcionando a análise e interpretação dos dados foi o pensamento complexo proposto por Edgar Morin.

3.1 O PENSAMENTO COMPLEXO

David-Salomon Nahum nasceu em Paris em 1921 e seus pais optaram por chama-lo de Edgar. Filho de judeus espanhóis que migraram para a França durante a primeira década do século XX, ficou órfão de mãe aos nove anos, fato que descreve na obra *Meus Demônios* por ter marcado sua vida ininterruptamente. O sobrenome Morin foi adotado durante sua permanência no Partido Comunista na França (MORIN, 2000)

Para o autor, de maneira geral, a complexidade é capaz de reunir, de contextualizar, de globalizar, mas, ao mesmo tempo, pode reconhecer o singular, o individual, o concreto. Diferentemente do pensamento fragmentado e unilateral, o pensamento complexo configura-se em outra forma de abordar a realidade (MORIN, 2011a).

Percebe-se que a complexidade é um tipo de pensamento que não busca separar, mas unir, e busca as relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana, integrando os diferentes modos de pensar, complementar às estruturas reducionistas, disjuntivas e simplificadoras (PRADEBON *et al.*, 2011).

Neste contexto Morin (2007) dá ênfase para o “Ser humano” e o defini como complexo, considerando que traz consigo características antagônicas dentre elas *sapiens e demens; faber e ludens; empiricus e imaginarius*, ou seja, o homem é ao mesmo tempo racional e afetivo, trabalhador e descontraído, empírico e imaginário.

Assim afirma que o Ser humano é um todo e não simplesmente a soma das partes que forma o todo. Ele está inter conectado entre as partes e o todo, o todo e as partes e as partes entre si. Estabelece inter-relações consigo, com o outro e com o universo a sua volta. O autor afirma que “conhecer o Ser humano é, antes de tudo situá-lo no universo, e não separá-lo dele”. Neste sentido, importa conhecer/compreender/perceber a estrutura complexa da natureza humana, bem como, contemplar o ambiente/habitat no qual o Ser humano está inserido, com vistas a valorizar a existência humana na sua singularidade e pluralidade de ser (MORIN, 2011a).

Na busca da compreensão do Ser, pode-se identificar suas competências e potencialidades como características importantes na construção do viver, do ser melhor, do vir a ser, do ir além do aprender, do desaprender e do reaprender em processos e contra processos nas diversas formas de aprendizagem contínua. Nas oportunidades de somar esforços e pensar junto cultivam-se conhecimentos, habilidades e atitudes que se sustentam nas potencialidades do Ser descobertas nas relações, interações e associações do estar inserido no mundo (LENTZ; ERDMANN, 2003).

O conhecimento para Morin não serve apenas para diversificar uma cultura, mas também para modificar a atitude do ser humano no sentido de propor e resolver problemas. São as interações entre os seres humanos que permitem a conservação da cultura e auto-organização da sociedade, assim todo desenvolvimento humano significa o desenvolvimento conjugado de suas autonomias individuais, participações comunitárias e do sentimento de fazer parte da espécie humana (MORIN, 2011b). O desenvolvimento do conhecimento racional-empírico-técnico não anula o conhecimento simbólico, místico ou poético. O Ser humano é único com múltiplas características que não podem ser dissociadas, mas que precisam ser consideradas nas suas relações e interações (MORIN, 2007).

Desta forma, o viver tem um sentido quando se vive intensamente, dentre outras coisas se vive de conhecimento, afetividade, racionalidade. Este viver acontece em diferentes ambientes e atividades, inclusive no ambiente de trabalho caracterizado como espaço social do Ser profissional ativo a atuante. Desta forma este ambiente é um espaço para construção do conhecimento, por meio das relações e inter-relações estabelecidas entre os seres humanos e destes com o ambiente de trabalho, constituído de um processo dinâmico e contínuo de ensino aprendizagem (MORIN, 2007).

Neste sentido, a compreensão humana é vista como essencial para a educação. É preciso compreender igualmente as condições objetivas e subjetivas da natureza humana, isto é, a compreensão exige consciência da complexidade humana. Podemos dizer que para compreender determinado fenômeno é necessário emergir e submergir no contexto da singularidade de cada Ser humano e nas complexas relações, interações e inter-relações que o mesmo estabelece consigo, com o meio e com os outros (MORIN, 2011b).

Desta forma, o conhecimento das informações por si só não faz sentido ao homem, estas informações precisam estar inseridas em um contexto para que não sejam abstratas (MORIN, 2011b). Isso exige do

Ser humano a capacidade de religar saberes e problematizar a realidade diante da sua multidimensionalidade (MORIN, 2007).

Morin (2010) apresenta sete princípios que compõem a teoria da complexidade, sendo estes complementares e interdependentes entre si, auxiliando na compreensão do ser, viver e conviver em um ambiente – sistema, ou num ambiente de cuidados, possibilitado pelas múltiplas relações e interações:

1. Princípio sistêmico ou organizacional: une o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, considerando impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, tanto quanto conhecer o todo sem conhecer, particularmente, as partes. A ideia sistêmica, oposta à ideia reducionista, é que o todo é mais do que a soma das partes. O todo é igualmente, menos que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto;

2. Princípio holográfico: coloca em evidência o paradoxo das organizações complexas, em que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte;

3. Princípio do circuito retroativo: este princípio permite o conhecimento dos processos auto reguladores, rompendo com o princípio da causalidade linear: a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a causa;

4. Princípio do circuito recursivo: transpõe a noção de regulação com as de autoprodução e auto-organização. É um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que o produz;

5. Princípio da autonomia/dependência (auto-organização): os seres vivos são seres auto-organizadores, que não param de se autoproduzir e, por isso mesmo, gastam energia para manter sua autonomia. Vale especificamente para seres humanos, que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura e para as sociedades que se desenvolvem na dependência de seu meio geológico. Um aspecto chave da auto-eco-organização viva é que ela se regenera permanentemente a partir da morte de suas células;

6. Princípio dialógico: une dois princípios ou noções que deviam excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade. Sob as mais diversas formas, a dialógica está constantemente em ação nos mundos físico, biológico e humano. Este princípio permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo;

7. Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento: opera a restauração do sujeito e revela o problema

cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e épocas determinadas.

Neste sentido, o paradigma da complexidade contrapõe-se ao paradigma simplificador, ou seja, reducionista, caracterizado, por separar, reduzir e fragmentar (MORIN, 2011a). A separação do corpo e alma, do sujeito e objeto, da emoção e razão, existência e essência, qualidade e quantidade traz, assim, a necessidade de mudança, sendo que a separação do ser humano em biológico, social e psíquico, como componentes diversos, não mais responde às necessidades humanas.

Assim, optou-se neste trabalho basear-se nos sete princípios considerando que são complementares e interdependentes entre si no sentido de sustentar a complexidade do fenômeno do estudo.

4 MÉTODO

Estudo qualitativo, o qual utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como método de coleta a análise dos dados. A pesquisa qualitativa busca produzir resultados não alcançados por meio de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação. Objetiva pesquisar sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções, como também funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A TFD foi desenvolvida originalmente por dois sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss na década de 60. Tal método prevê que a teoria seja derivada dos dados, ou seja, emergja dos dados sistematicamente reunidos e analisados pelo pesquisador por meio de um processo de pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Strauss formou-se na University of Chicago, instituição com forte tradição em pesquisa qualitativa o que trouxe importantes contribuições para método, entre elas a necessidade de ir a campo para descobrir o que realmente está acontecendo; a complexidade e a variedade dos fenômenos e ações humanas; a crença de que as pessoas são atores que assumem papel ativo para responder a situações problemáticas; a percepção de que as pessoas agem com base em significados; o entendimento de que o significado depende da interação; sensibilidade para a natureza evolutiva e reveladora dos fatos; consciência das inter-relações entre estrutura, processo e consequências. Já Glaser formou-se na Columbia University e teve influencia da pesquisa quantitativa. Ambas as vertentes foram igualmente importantes para a construção do método (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na obra “The discovery of Grounded Theory”, publicada em 1967, Glaser e Strauss articulam e apresentam suas estratégias metodológicas e defenderam o desenvolvimento de teorias a partir da pesquisa baseada em dados, em vez da dedução de hipóteses analisáveis a partir de teorias existentes (CHARMAZ, 2009). Esse método chamado de Grounded Theory, ou traduzindo para o português, Teoria fundamentada nos dados, constitui-se em um processo contínuo e sistemático de coleta e análise de dados onde o pesquisador não inicia a investigação com uma teoria preconcebida em mente, mas com uma área de estudo permitindo que a teoria emergja dos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Com o tempo, Glaser e Strauss passaram a considerar cada vez mais a teoria fundamentada em direções relativamente divergentes.

Strauss deslocou o método para a verificação, sendo que seus trabalhos como coautor junto de Juliet M. Corbin promoveram esse direcionamento (CHARMAZ, 2009). Assim, na década de 90, Strauss e Corbin focalizam a aplicação da TFD, apresentando mais instrumentos, conjunto de técnicas e diretrizes, para os pesquisadores utilizarem-na como método científico. Também acrescentam a ideia de que a geração da teoria ocorre a partir de uma relação colaborativa entre pesquisadores e participantes do estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Propõem o modelo paradigmático para condução da investigação e desenvolvimento da teoria, sendo este um esquema organizacional, o qual ajuda a reunir e ordenar os dados sistematicamente de forma que estrutura e processo sejam integrados e o fenômeno visualizado. Os componentes básicos do paradigma são as **condições causais** (conjunto de fatos ou acontecimentos que influenciam o acontecimento do fenômeno), as **condições contextuais** (momento e local onde o fenômeno acontece), as **condições interventoras**, (condições que atenuam ou alteram o impacto das condições causais), **interações estratégicas** (atos propositais ou deliberados praticados para resolver um problema e conseqüentemente moldar o fenômeno) e as **consequências** (alteram a situação e afetam o fenômeno garantindo explicações mais completas). O **fenômeno** é o termo que responde a pergunta: O que está acontecendo por aqui? Ou seja, respostas a problemas e situações em que as pessoas se encontram (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Neste estudo aborda-se a perspectiva paradigmática proposta por Strauss e Corbin (2008).

4.1 LOCAL DO ESTUDO

Selecionou-se como cenário do estudo uma instituição hospitalar pública de saúde referência cardiovascular para o Estado de Santa Catarina.

O Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) foi criado pelo Decreto 1.508 GP de 28/05/62. Inaugurado em 19 de abril de 1963, pelo então governador do estado de Santa Catarina Celso Ramos. Funcionou a princípio na Rua Felipe Schmidt no centro de Florianópolis. Posteriormente passou a ocupar o mesmo espaço físico do Hospital Nereu Ramos e desde 1987 divide espaço físico com o Hospital Regional de São José.

A instituição é referência em atendimento cardiovascular para algumas regiões de saúde do Estado de Santa Catarina de acordo com

Rede Estadual de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular de Santa Catarina, dentre as quais, Região de saúde do Alto Vale do Rio do Peixe, Região de saúde da Grande Florianópolis e Região de saúde do Planalto Norte.

Entre os serviços prestados estão os de alta complexidade, medicina nuclear, hemodinâmica, estudo eletrofisiológico e cirurgia cardíaca, sendo o primeiro hospital público a realizar transplantes nesta área em Santa Catarina. A instituição é composta por 10 unidades de atendimento, sendo estas, Centro Cirúrgico, Unidades de internação cardíaca A e B e Unidade de internação vascular C, Centro de Materiais e Esterilização, Unidade Coronariana, Hemodinâmica, Reabilitação cardiovascular, Medicina nuclear e ambulatório. A capacidade é de 109 leitos de internação, sendo 79 nas unidades de internação médico cirúrgica, 10 leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) também chamada de Unidade Coronariana (UCO), e 20 leitos na emergência, onde funcionam leitos de cuidados semi-intensivos e de observação.

A instituição tem como missão atender os indivíduos acometidos por DCV, através de promoção e recuperação da saúde. E como visão tornar-se um serviço de excelência em cardiologia.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para iniciar a coleta de dados foram entrevistados os enfermeiros gestores das unidades, nesta instituição também chamados de “chefias de unidades”. Estes participantes formaram o **primeiro grupo amostral** composto por dez enfermeiros, representados pelas letras “EE” seguido do número respectivo à ordem da entrevista “EE1”, “EE2” e assim sucessivamente. Conforme análise dos dados e levantamento de hipóteses tornou-se necessário entrevistar enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem, os quais compuseram o **segundo grupo amostral** com sete participantes, dentre eles quatro enfermeiros e três técnicos de enfermagem, representados pelas letras “EA” seguido do número respectivo à ordem da entrevista “EA1”, “EA2” e assim sucessivamente. Após análise dos dados e levantamento de hipóteses deste segundo grupo emergiu a necessidade da composição de um **terceiro grupo amostral**, o qual foi constituído de cinco enfermeiros gestores de comissões, núcleos e setores da instituição relacionados neste estudo pelos participantes com as práticas de educação no trabalho/permanente, representados pelas letras “EG” seguido do

número respectivo à ordem da entrevista “EG1”, “EG2” e assim sucessivamente. Totalizando vinte e dois participantes.

Os participantes foram abordados no próprio ambiente de trabalho e convidados a participar do estudo voluntariamente após o esclarecimento dos objetivos e do método proposto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Foram selecionados enfermeiros e técnicos de enfermagem das diferentes unidades da instituição independente do tempo de serviço. As entrevistas foram gravadas em áudio digital de voz e após transcritas.

4.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre junho e outubro de 2014. O processo de coleta de dados para a construção da TFD iniciou por meio de uma questão central e ampla: **Como você significa as práticas de educação permanente como enfermeiro gestor do cuidado de enfermagem atuante em uma instituição referência cardiovascular?** A seguir, outras questões derivadas foram dirigidas aos participantes para a exploração dos significados por meio de entrevista em profundidade. Conforme a TFD, a pergunta norteadora da entrevista deve ser aberta e ampla, de forma a permitir flexibilidade e liberdade para explorar o fenômeno em profundidade, ou seja, explorando ao máximo o significado das expressões relatadas pelo participante (STRAUSS; CORBIN, 2008).

As entrevistas foram codificadas linha a linha e analisadas de maneira que outros questionamentos e hipóteses foram levantados a fim de guiar as próximas entrevistas. Da análise comparativa dos códigos das entrevistas do primeiro grupo amostral observou-se iniciativas de enfermeiros que buscam estratégias para aprender no trabalho diante da falta de adesão dos profissionais às práticas de aperfeiçoamento oferecidas pelo setor de treinamento da instituição. A seguir foi levantada a seguinte hipótese: as práticas de aperfeiçoamento profissional oferecidas pela instituição, como cursos e palestras, não mais respondem às necessidades dos profissionais e por isso não despertam o interesse para a participação.

Para confirmar a hipótese levantou-se a necessidade de entrevistar os profissionais de enfermagem envolvidos na assistência direta ao indivíduo acometido por DCV levando à elaboração da seguinte questão, a qual direcionou as entrevistas do segundo grupo amostral: **Como você vivencia as práticas de educação permanente no seu cotidiano de trabalho?** Após análise das entrevistas deste

segundo grupo amostral foi possível perceber a necessidade de maior apoio institucional para as práticas de educação permanente assim como de maior interação entre o setor de treinamento, os profissionais da enfermagem e espaços institucionais considerados importantes para fortalecer de práticas de educação permanente como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCHI) e o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) surgindo a seguinte hipótese: as oportunidades, divulgação e incentivos institucionais para as práticas de educação permanente são incipientes o que dificulta a adesão dos profissionais fazendo com que identifiquem outras propostas que respondam sua necessidade e condição de aprendizado no trabalho.

A hipótese supracitada direcionou para um terceiro grupo amostral formado por gestores de setores da instituição relacionados às práticas de educação no trabalho/permanente, para o qual foi inicialmente questionado: **Como você significa as práticas de educação permanente oferecidas/vivenciadas nesta instituição?**

Após análise das entrevistas deste terceiro grupo amostral foi possível confirmar a hipótese de apoio incipiente da instituição para as práticas de educação permanente na instituição considerando a falta de profissionais, tecnologias e recursos financeiros para este fim. Finalizou-se assim a coleta de dados com três grupos amostrais e vinte e dois participantes diante da saturação teórica.

A saturação teórica é alcançada quando nenhum dado novo ou relevante pareça surgir em relação a uma categoria, a categoria esteja bem desenvolvida em termos de propriedade e dimensões e as relações entre as categorias estejam bem estabelecidas e validadas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os grupos amostrais, participantes e hipóteses correspondentes são representados no quadro a seguir:

Figura 1- Representação gráfica do delineamento dos grupos amostrais.

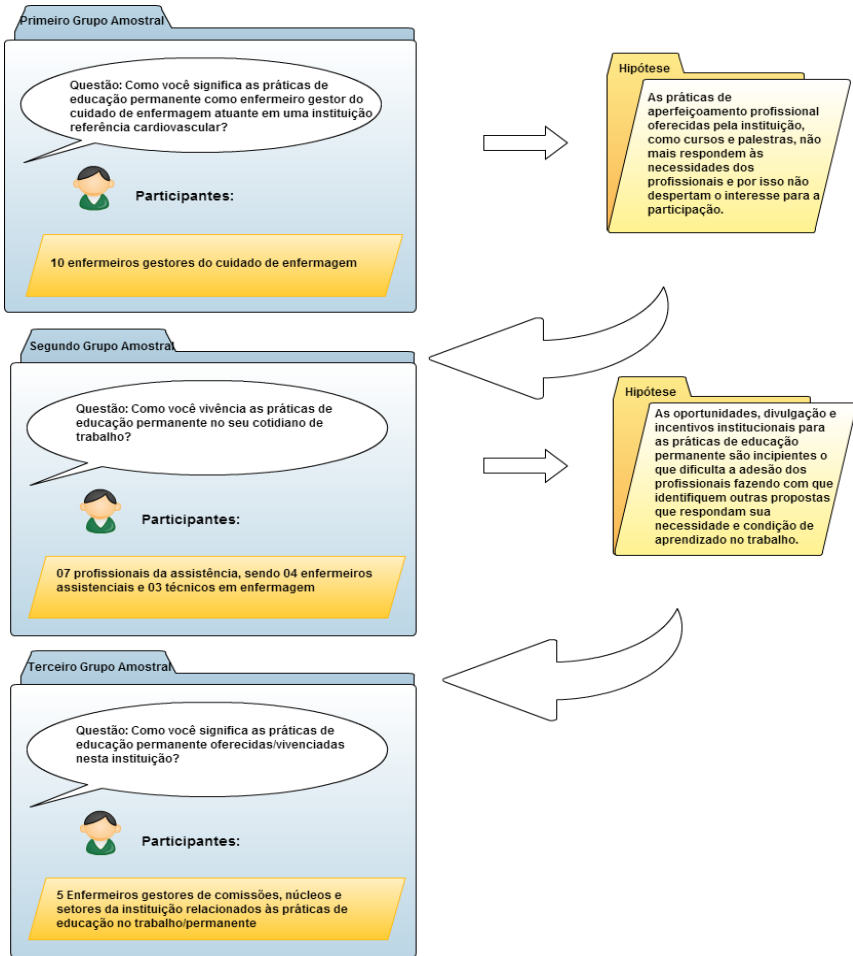


Figura elaborada pelo autor, Florianópolis, 2014.

O método permite buscar locais, pessoas ou fatos que oportunizem a descoberta dos fenômenos investigados, sem que estes estejam previstos no início do estudo. A amostra teórica avança, torna-se mais objetiva e focada à medida que a pesquisa progride, até que nenhum dado novo ou importante surja (saturação teórica) (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Ao contrário da amostragem estatística, a amostragem teórica pertencente ao estudo ao longo do seu processo de desenvolvimento não pode ser determinada antes de ser iniciado o processo, cujo método permite, na investigação, abertura para amostragem teórica guiada pelos dados conforme avança a compreensão do fenômeno estudado (STRAUSS; CORBIN, 2008). Os dados foram organizados no software NVIVO¹.

A análise de dados processou-se por três etapas interdependentes, na TFD, em que o cumprimento de uma não necessariamente implica impedimento de retornar à primeira, uma vez que o movimento é circular. Essas três etapas são denominadas: **codificação aberta**, **codificação axial** e **codificação seletiva**. O processo de codificação visa à redução dos dados e corresponde ao processo analítico em que os mesmos são divididos, nomeados, conceitualizados e integrados para formar a teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O processo iniciou-se com a **codificação aberta**, na qual o pesquisador através de um processo analítico identificou os conceitos e suas propriedades e dimensões são descobertas nos dados. Por meio da codificação aberta são gerados códigos substantivos que são agrupados em categorias. Representado nas figuras 2 e 3 a seguir:

¹ O NVivo é um software que auxilia na organização e análise de dados. Disponível em: www.qsrinternational.com

Figura 2- Exemplo de codificação aberta no NVIVO. No quadro da esquerda aparecem os nós referentes aos códigos preliminares e no quadro da direita o dado bruto que deu origem ao código selecionado.

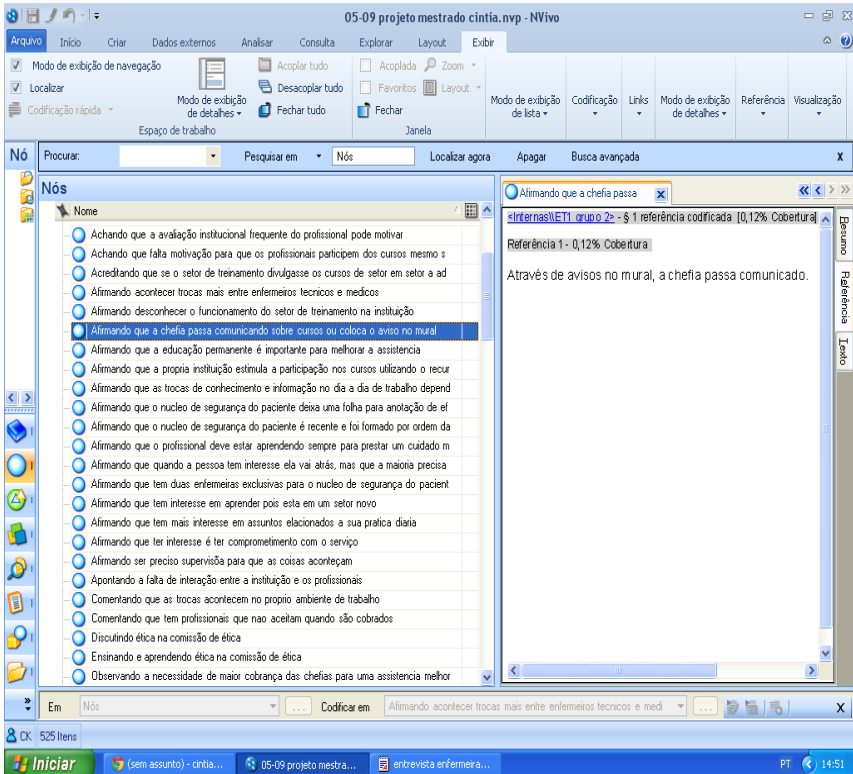


Figura elaborada pelo autor no software NVIVO, Florianópolis, 2014.

Figura 3 - Exemplo de codificação aberta no NVIVO. No quadro da esquerda aparecem os nós referentes aos códigos preliminares agrupados originando um código conceitual e no quadro da direita o dado bruto que deu origem a um dos códigos preliminares.

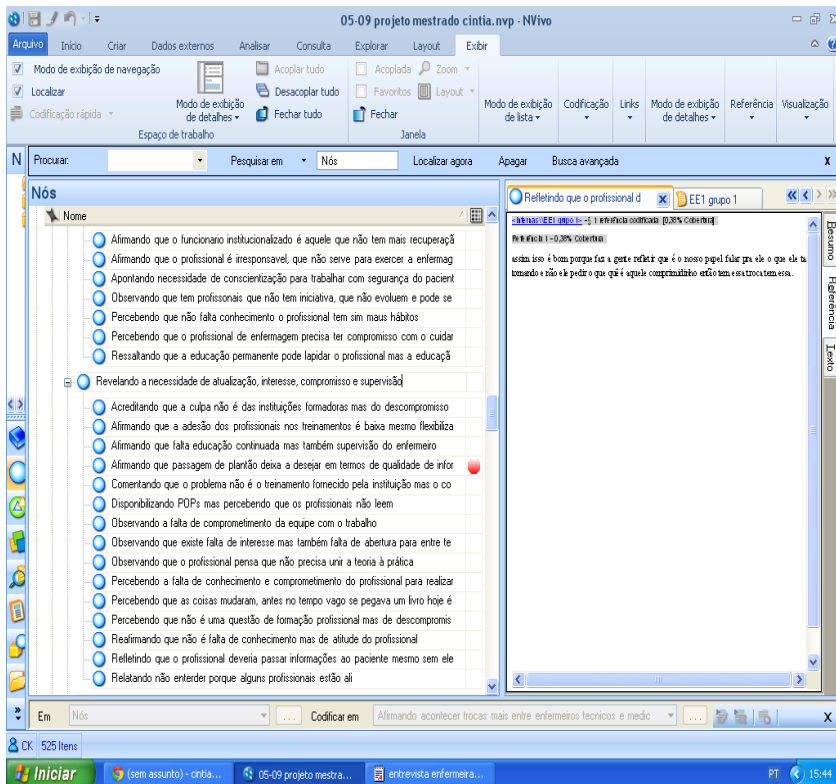


Figura elaborada pelo autor no software NVIVO, Florianópolis, 2014.

A codificação **axial**, ou microanálise, se refere ao processo de relacionar as categorias às suas subcategorias em prol de gerar clareza sobre os fenômenos encontrados (STRAUSS; CORBIN, 2008). Ilustrado pela figura 4.

Figura 4- Exemplo de codificação axial no NVIVO. A categoria, as subcategorias e os códigos conceituais agrupados em cada subcategoria.

Nome	Fontes	Referên	Criado	Criado p	Modifica	Modifica
IDENTIFICANDO NECESSIDADES DE CONHECIMENTO E APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL EM CARDIOLOGIA	0	0	20/8/20	CK	12/10/2	CK
PERCEBENDO DEFICITS NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	0	0	26/8/20	CK		
Observando que os formadores mudaram mas as pessoas estão mais descompromissadas com a profissão	1	1	31/8/20	CK		
Afimando que os profissionais chegam perdidos pois a teoria é a base mas a prática que vai dar maior conhecimento	1	1	16/9/20	CK		
Afimando que falta interação com os alunos das instituições formadoras	1	1	26/9/20	CK		
Afimando que é preciso resgatar a ética profissional na formação	1	1	28/9/20	CK		
RECONHECENDO QUE O CONHECIMENTO EM CARDIOLOGIA ESTÁ EM CONSTANTE MUDANÇA	0	0	1/9/201	CK		
Percebendo a necessidade de atualização tanto para os profissionais novos quanto para os antigos	1	2	20/8/20	CK		
Percebendo que em alguns casos a equipe não está preparada para desenvolver a função que desempenha	1	1	27/8/20	CK		
Reconhecendo que é preciso estar sempre se atualizando pois as coisas mudam	1	1	27/8/20	CK		
Afimando que o enfermeiro precisa estar preparado para trabalhar com o paciente cardiaco	1	1	27/8/20	CK		
Percebendo que como chefia precisa se atualizar mais	1	2	28/8/20	K		
Percebendo a necessidade de formação especializada em cardiologia	1	1	31/8/20	CK		
Comentando que precisa ter cursos de atualização pois entra muito funcionário novo que não tem treinamento	1	1	16/9/20	CK		
Percebendo que o profissional que se atualiza acaba melhor as mudanças	1	1	16/9/20	CK		
Observando necessidade de atualização, orientando e passando para a chefia	1	1	16/9/20	CK		
Percebendo que falta qualificação nos profissionais, muitas vezes falta conhecimento basico	1	1	25/9/20	CK		
OBSERVANDO QUE A SEGURANÇA DO PACIENTE DEPENDE DO PREPARO DO PROFISSIONAL	0	0	1/9/201	CK		
Percebendo que o foco da equipe deve ser o paciente	1	1	20/8/20	CK		
Afimando que o profissional deve estar aprendendo sempre para prestar um cuidado melhor	1	1	15/9/20	CK		
Percebendo a necessidade de maior compromisso do profissional com a segurança do paciente	1	1	15/9/20	CK		
Achando que a enfermagem evoluiu muito porque antes era muito ligada a rotina hoje questiona mais	1	1	24/9/20	CK		
Percebendo a necessidade de educação permanente para evitar erros	1	1	26/9/20	CK		

Figura elaborada pelo autor no software NVIVO, Florianópolis, 2014.

Na codificação **seletiva**, todas as categorias e subcategorias encontradas foram integradas e refinadas visando constituir um esquema teórico maior (STRAUSS; CORBIN, 2008), ou seja, de elaborar um modelo teórico explicativo a partir dos significados mostrados nas categorias e categoria central e respectivas interpelações, emergindo dos

dados o fenômeno do estudo: “VISLUMBRANDO A GESTÃO DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA EMERGÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM QUALIFICADO EM CARDIOLOGIA”. O modelo teórico explicativo está representado na figura 5 a seguir, a qual busca elucidar as relações entre os conceitos:

Figura 5 - Diagrama representativo do modelo teórico.

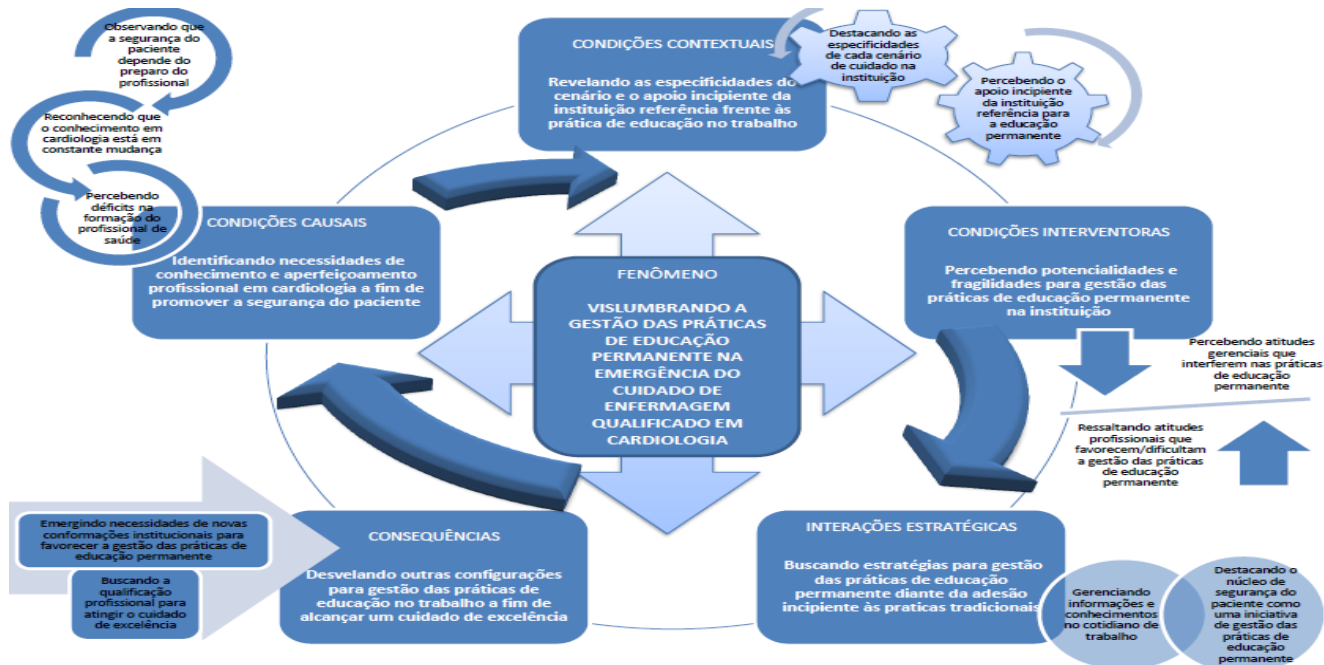


Figura elaborada pelo autor, Florianópolis, 2014.

Ainda memorandos foram elaborados no sentido de direcionar o pesquisador na análise e conceituação dos achados. Os memorandos objetivam auxiliar o pesquisador no distanciamento analítico dos materiais (STRAUSS; CORBIN, 2008). As figuras 6,7 e 8 a seguir são exemplos de memorandos.

Figura 6- Memorando elaborado a partir da entrevista oito do primeiro grupo amostral.

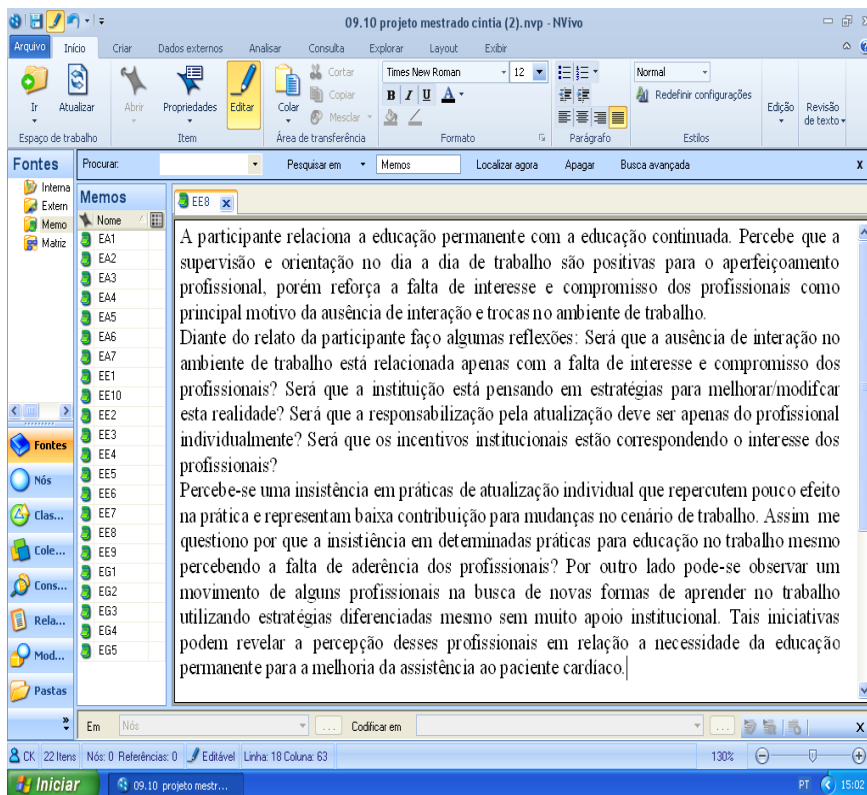


Figura elaborada pelo autor no software NVIVO, Florianópolis, 2014.

Figura 7- Memorando elaborado a partir da entrevista um do segundo grupo amostral.

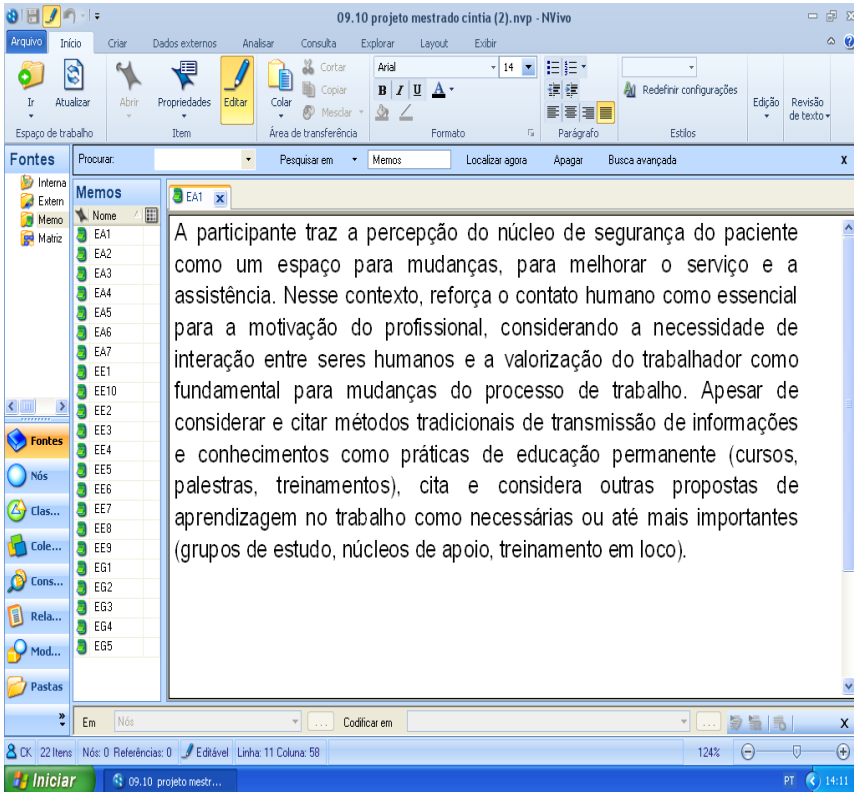


Figura elaborada pelo autor no software NVIVO, Florianópolis, 2014.

Figura 8- Memorando elaborado a partir da entrevista dois do terceiro grupo amostral.

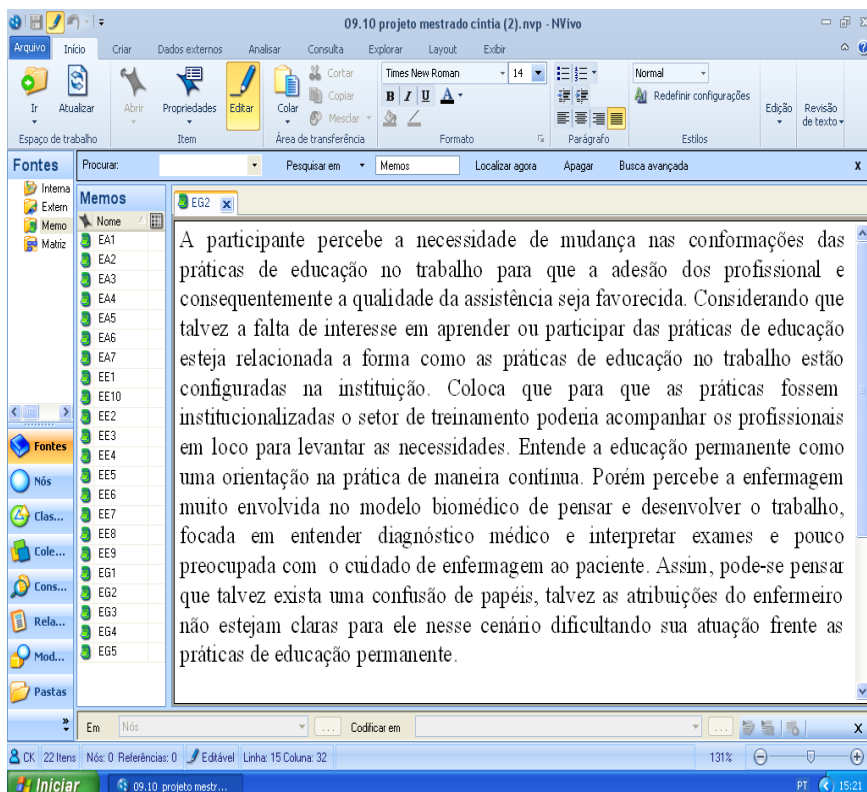


Figura elaborada pelo autor no software NVIVO, Florianópolis, 2014.

O modelo teórico explicativo foi validado por pessoa com *expertise*² na área, sendo esta uma enfermeira atuante na instituição escolhida para este estudo. Iniciou-se com a apresentação do modelo teórico por meio de folhas A4 coloridas contendo em cada folha a descrição de uma categoria e suas respectivas subcategorias. Após foi utilizado o instrumento adaptado para validação do modelo (Apêndice B), sendo sugerida pela validadora pequena mudança na redação do fenômeno.

² Pessoa com conhecimento em determinado assunto adquirido por estudo, experiência e/ou prática.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu a Resolução n°466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e discorre sobre os princípios da bioética: autonomia, beneficência, justiça, não-maleficência (BRASIL, 2012). Para a realização da pesquisa foram cumpridas as solicitações éticas de autorização, ou seja, parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos do Instituto de cardiologia de Santa Catarina (Anexo A) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

5 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados primeiramente os resultados deste estudo na íntegra para melhor compreensão do leitor. Na sequência apresentam-se os resultados organizados na forma de dois manuscritos conforme Instrução Normativa n. 10, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Os resultados apresentam cinco categorias e onze subcategorias que sustentam o fenômeno: “VISLUMBRANDO A GESTÃO DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA EMERGÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM QUALIFICADO EM CARDIOLOGIA”.

O fenômeno emergiu dos dados, como resultado da integração sistemática das categorias que representam os componentes do modelo paradigmático. Assim, a gestão das práticas de educação permanente para garantia de um cuidado qualificado ao indivíduo acometido por DCV acontece diante da **identificação da necessidade de conhecimento e aperfeiçoamento profissional em cardiologia a fim de promover a segurança do paciente** em um cenário de **especificidades e de apoio incipiente da instituição referência frente as práticas de educação no trabalho** sofrendo interferência deste meio e dos profissionais atuantes, de forma que, suas atitudes e posturas frente às práticas de educação no trabalho **influenciam a gestão das práticas de educação permanente na instituição**. Diante do exposto, enfermeiros buscam **estratégias para gestão das práticas de educação permanente diante da adesão incipiente às praticas tradicionais** oferecidas na instituição de maneira que evidenciam a **necessidade de outras configurações para gestão das práticas de educação no trabalho a fim de alcançar um cuidado de excelência** ao indivíduo acometido por DCV de forma institucional.

Neste sentido, o conceito de “emergência” aqui utilizado na descrição do fenômeno do estudo não diz respeito apenas à ideia de urgência, mas refere-se à “[...] uma qualidade ou propriedade nova produzida ou gerada a partir da organização do todo, em relação às qualidades e propriedades das partes isoladas do todo” (MORIN, 2000).

Segundo Morin (2000) as transformações que podem ocorrer dentro de um sistema complexo também são chamadas de emergência. A ideia de emergência é inseparável da “morfogênese sistêmica” comentada pelo autor, a qual se refere à capacidade de se modificar, de determinar o crescimento e as formas da organização, de se corrigir e obter novos e melhores resultados.

Desta forma, os enfermeiros ao vivenciarem na instituição práticas que vão ao encontro da lógica da educação permanente em saúde se auto-organizam com o objetivo de alcançar um cuidado de qualidade/excelência ao indivíduo acometido por DCV. Assim, pode-se dizer que ao contribuir para a formação do todo, a partir da interação com os outros, cada uma das partes também se transforma, obtém informações e conhecimentos sobre o contexto e os adiciona à sua visão sobre determinado assunto. Forma-se o todo e consequentemente modificam-se as partes (MORIN, 2000).

As categorias e subcategorias que sustentam o fenômeno supracitado serão descritas no quadro 1 a seguir:

Quadro 1 - Apresentação das categorias e subcategorias.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<p>CONDIÇÕES CAUSAIS</p> <p>Identificando necessidades de conhecimento e aperfeiçoamento profissional em cardiologia a fim de promover a segurança do paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observando que a segurança do paciente depende do preparo do profissional • Reconhecendo que o conhecimento em cardiologia está em constante mudança • Percebendo déficits na formação do profissional de saúde
<p>CONDIÇÕES CONTEXTUAIS</p> <p>Revelando as especificidades do cenário e o apoio incipiente da instituição referência frente as práticas de educação no trabalho</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Destacando as especificidades de cada cenário de cuidado na instituição • Percebendo o apoio incipiente da instituição referência para a educação permanente

CONDIÇÕES

INTERVENTORAS

Percebendo potencialidades e fragilidades para gestão das práticas de educação permanente na instituição

- Percebendo atitudes gerenciais que interferem nas práticas de educação permanente
- Ressaltando atitudes profissionais que favorecem/dificultam a gestão das práticas de educação permanente

INTERAÇÕES

ESTRATÉGICAS

Buscando estratégias para gestão das práticas de educação permanente diante da adesão incipiente às práticas tradicionais

- Gerenciando informações e conhecimentos no cotidiano de trabalho
- Destacando o núcleo de segurança do paciente como uma iniciativa de gestão das práticas de educação permanente

CONSEQUÊNCIAS

Desvelando outras configurações para gestão das práticas de educação no trabalho a fim de alcançar um cuidado de excelência

- Buscando a qualificação profissional para atingir o cuidado de excelência
- Emergindo necessidades de novas conformações institucionais para favorecer a gestão das práticas de educação permanente

Quadro elaborado pelo autor, Florianópolis, 2014.

IDENTIFICANDO NECESSIDADES DE CONHECIMENTO E APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL EM CARDIOLOGIA A FIM DE PROMOVER A SEGURANÇA DO PACIENTE

A categoria se caracteriza como condição causal para o fenômeno do estudo. A primeira subcategoria foi intitulada “Observando que a segurança do paciente depende do preparo do profissional”. A necessidade de treinamento e aperfeiçoamento profissional surge como princípio para garantia da segurança do paciente. Os profissionais relatam que o conhecimento promove segurança tanto para o profissional quanto para o paciente, considerando o quantitativo de profissionais novos na instituição, recém-contratados por concurso público, e a carência de atualização dos profissionais já atuantes. Evidenciam fatos que podem colocar o paciente em risco e até mesmo provocar sérios danos devido ao conhecimento incipiente para desenvolver determinado procedimento, ou procedimentos específicos, prejudicando o cuidado seguro. Conforme elucidam as falas que seguem:

Eu acho que tem que trabalhar temas que são bem básicos, porque às vezes a gente pensa: Ah! uma coisa tão básica todo mundo sabe fazer. Mas não é assim, tem muita gente aqui que só trabalhava em posto de saúde, chega no hospital é uma coisa totalmente diferente, principalmente em relação aos funcionários novos, esse treinamento para os funcionários novos. Quando eu cheguei lá na UTI, lá na coronária, eu não fazia nada sozinha, nada, tudo que eu fazia por mais simples que fosse sempre tinha alguém do meu lado me orientando, me supervisionando, e às vezes na unidade isso acaba deixando à desejar. Não tem sempre alguém, porque sempre pensam na coronária, UTI, alta complexidade né, não tem como deixar uma pessoa sozinha. Mas nas unidades de internação também não. Os pacientes aqui também precisam de um cuidado seguro, tu não podes colocar uma pessoa que não tem treinamento, que não

sabe fazer as coisas, para fazer. (EA5)

Acho que o conhecimento tem muito a ver com isso, porque quando tu não tens conhecimento, para ti o fazer é independente, se é certo ou errado tu estás fazendo. E quando tu tens o conhecimento tu comesças a te questionar: Mas isso não é o melhor para o paciente?! Dessa forma não vai dar certo! Então eu acho que o conhecimento ele é tudo. (EA2)

[...] agora estou recebendo funcionários novos, e eles [os pacientes] veem na cara quando o funcionário é novo, porque a pessoa já chega com o olho arregalado para fazer uma medicação ou um procedimento mais técnico e aí acaba realmente passando insegurança para o paciente. Mas não deveria, porque se ela está fazendo a medicação, um capoten, um sustrate ela deve mostrar para que serve o comprimido, por que se der alguma reação adversa ela tem que saber [...] porque é um erro tu não saber o que a medicação causa. Vai lá bota o ancoron, a frequência cardíaca está em trinta e dois e tu achar que é normal é porque tu não sabes que o ancoron pode baixar a frequência. Um exemplo simples, mas olha só quanta coisa pode causar. Está [o ancoron] em acesso periférico pode necrosar, e fica lá e nem olha. Mas agora se tu já sabes, tu já vai ficar de olho, e aí tu não vai causar o dano ao paciente, não vai necrosar o braço dele, o paciente não vai ter prejuízos [...] a gente fica pensando: Meu Deus no que a gente está falhando? No que a gente pode melhorar? Porque tanto o funcionário velho, antigo, quanto o novo, todos eles tem dificuldades em questões diferentes [...](EE1)

Eu não consigo entender qualidade da assistência, assistência segura, sem conhecimento científico. Então não existe tu querer ensinar um profissional, querer executar as práticas, todas as práticas assistenciais que a gente desenvolve com um paciente, sem tu entender o porquê do que tu estais fazendo, o fazer por fazer não dá. Eu falo que sem o conhecimento o familiar faz, e às vezes ele até faz melhor que a gente, porque ele tem o envolvimento emocional, ele tem o comprometimento emocional. Então eu não consigo entender uma unidade de saúde científica e segura sem o conhecimento na área, que está sendo utilizado em tudo que a gente está fazendo. Se o médico não consegue dar um diagnóstico certo, ele não consegue tratar o paciente. Se a gente não entende o porquê das nossas práticas, a gente vai cometer erros. (EG4)

A segunda subcategoria intitulada “Reconhecendo que o conhecimento em cardiologia está em constante mudança” revela que a atualização do conhecimento em cardiologia é solicitada e valorizada pelos profissionais. Demonstra que tanto profissionais novos quanto mais antigos são carentes de conhecimento, e conhecimento atualizado em cardiologia. Os enfermeiros descrevem como essencial o aprofundamento do conhecimento em cardiologia considerando sua formação generalista e afirmam que o enfermeiro com conhecimento atualizado tem maior subsídio para discutir com a equipe, gerenciar as práticas de educação permanente e conseqüentemente beneficiar o paciente. Percebem ainda que mesmo com especialização na área de cardiologia é preciso estar se atualizando, considerando que o conhecimento é mutável e que o profissional quando atualizado tende a visualizar e aceitar melhor propostas de mudança na prática. Como elucidam as falas a seguir:

[...] quando eu entrei na instituição como enfermeira eu sentia muita dificuldade em algumas questões, eletrocardiograma eu

queria saber, por mais que eu já tenha sido pós-graduada em enfermagem cardiovascular, a gente sempre tem que estar se aprimorando [...] a atualização é importante para tu não ter aquele profissional que te diz assim: _ Sempre fiz assim, porque agora tem que fazer desse jeito? Então é porque é uma pessoa que não se atualiza, por que as coisas sempre estão se atualizando, sempre estão mudando. (EA6)

[...] a área da cardiologia é uma área que está sempre avançando e eu trabalho aqui há um ano e nove meses, então tem vários procedimentos novos que às vezes a gente não sabe explicar muito bem para o paciente. Procedimentos que são experimentais, uma anticoagulação também acaba mudando um pouco, tem paciente que só usa clopidogrel, tem uns que não usam o clopidogrel usam outras medicações. Então como é específico a gente precisa estar sempre se atualizando para estar prestando orientações certas para os pacientes. (EA5)

Despertar, despertar é estudar ou atualizar, não é nem fazer uma pós graduação, não, não precisa, é se atualizar, por que uma UTI muda muito toda hora, não só uma UTI, emergência, drogas, tecnologias, muda muito.(EE1)

Eu acho importante porque o enfermeiro ele se forma generalista, não tem formação específica, então eu acho importante ter essa educação permanente de sempre estar instruindo os profissionais [...](EA3)

[...] eu tinha colegas que faziam isso sempre, tinha colegas que brigavam por uma boa

assistência, brigavam por um bom atendimento, que não ficavam calados, mas tem que ter conhecimento, se o enfermeiro não tem conhecimento tem que ficar calado mesmo [...] (EE10)

A terceira subcategoria intitulada “Percebendo déficits na formação do profissional de saúde” traz a discussão em torno da formação dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem. Ressalta uma queda na qualidade do ensino técnico e superior, com professores pouco capacitados e alunos sem muito interesse no aprendizado. Conforme demonstrado pelas falas:

Eu acho que isso é uma questão cultural, uma questão do aqui e agora, de escola, de cultura. Eu tive uma graduação que eu tive professores muito fracos para estarem numa graduação de uma universidade. Em momento algum tentavam discutir alguma coisa além do básico e eu acho que isso é generalizado. Eu converso com alguns amigos que são professores e eles sentem também que os alunos não querem mais nada com nada. (EE5)

Eu já ouvi isso e a gente percebe: Eu vou estudar enfermagem porque o emprego é garantido. A gente realmente é muito desfalcado desses profissionais e por isso muitas escolas abriram com formação e faculdade também, mas diminuiu bastante a qualidade do ensino, essa dificuldade do ensino de qualidade. Então talvez alguns saiam da escola não entendendo o que é o trabalho da enfermagem, eu vejo assim, e tudo isso juntando com a personalidade da pessoa podem influenciar muito na atuação profissional [...] (EE2)

Evidencia a necessidade de maior interação entre teoria e prática ainda na formação, para que os alunos consigam fazer as relações

pertinentes no processo formativo e após na atuação profissional, considerando que chegam ao mercado de trabalho notoriamente inseguros em relação à sua atuação carecendo de maior empenho da instituição hospitalar no sentido de favorecer o aperfeiçoamento e atualização desses profissionais. Como demonstram as falas:

[...] eu acho que o curso ele te ensina na forma escrita, não te ensina na prática. Teoria a gente sabe bonitinho, mas chega aqui na prática muda totalmente de figura. Às vezes tu lembra: Eu aprendi realmente que era assim. Só que quando tu aprendes tu não visualiza muito bem e daí na prática tu acaba vendo: É realmente eu aprendi que era assim! (EA7)

[...] eu saí da faculdade e fui trabalhar, então meu conhecimento prático era muito pouco, e muito técnico de enfermagem também sai sem saber punccionar direito, sem saber preparar medicação. Eu acho que é uma coisa que já vem desde o curso técnico em enfermagem e da faculdade, teve técnico que entrou aqui que não sabia ver pulso, não sabia ver pressão, nem aferir sinais vitais, conhecimento bem básico que tinha gente que entrou e não sabia, porque às vezes sabe coisas na teoria e na prática falta. Eu acho que não só a educação permanente que está deixando a desejar, mas desde a educação formal. (EA5)

[...] eu percebo que hoje, mais do que quando eu me formei, o enfermeiro está chegando muito cru no mercado de trabalho, muito mão na cabeça: Eu não fiz porque não deu tempo. Em outras profissões tu és colocado na porta de entrada de um hospital e: Vira-te meu amigo! A gente não tem essa esquematização implantada, porque a gente acha difícil, porque a gente não tem

conhecimento e a gente fica sempre reclamando: Porque eu não sei. Porque é ruim. Porque eu não gosto e aí eu não faço. Esse paternalismo eu percebo ainda muito na nossa profissão, eu permito, é muito permissível ainda. Acho que tem gente boa que não foi estimulada e cobrada o suficiente para se sentir assim, se perceber assim [...] Eu estou procurando uma profissão, uma profissão que vai lidar diretamente com seres humanos, eu acho que nós temos um potencial bem grande e que poderia ser melhor estimulado, talvez seja essa a palavra, não sei, posso estar julgando de outra forma, mas os colegas que tem chegado na prática recém formados são muito crus em todos os sentidos, tecnicamente: Ah nunca passei uma sonda. Ah eu nunca coletei uma gasometria. Eu já fazia esses questionamentos quando eu estava na academia: Então como o local onde tu vai ficar durante quatro anos te coloca no mercado de trabalho sem tu desenvolver uma técnica simples dessa, achar que tu desenvolver isso num boneco é suficiente, ou achar que tu ler uma descrição da técnica em livros é suficiente para tu vires e assumir o papel de líder de equipe, onde tu tens que repassar o conhecimento e daí tu nunca praticaste aquilo ali [...](EG4)

Comentam a necessidade do resgate da ética na formação diante da disposição/exposição das redes sociais e sua repercussão no cuidado ao paciente. Assim, observam atualmente que a maioria dos profissionais não está voltada para o cuidado ao paciente ou preocupada com essa questão carecendo de maior atuação das instituições formadoras nesse sentido. Como demonstra o depoimento:

Uma coisa que a gente tem visto que é assustador é você chegar no posto de

enfermagem e ver que tanto o profissional que trabalha lá, quanto o aluno estão no celular nas redes sociais. Esses dias uma paciente me falou uma coisa que me chamou muito a atenção: O pessoal da medicina está indo para o faceboock enquanto está consultando os pacientes. Quer dizer, isso é antiético, nós temos que resgatar isso e procurar consertar isso desde a formação, chamar a atenção e realmente fazê-los entender a necessidade de se colocar para o paciente, esse cuidado ético é muito importante. (EE7)

REVELANDO AS ESPECIFICIDADES DO CENÁRIO E O APOIO INCIPIENTE DA INSTITUIÇÃO REFERÊNCIA FRENTE ÀS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO NO TRABALHO

A categoria retrata as condições contextuais onde o fenômeno acontece. A primeira subcategoria “Destacando as especificidades de cada cenário de cuidado na instituição” revela que mesmo sendo uma instituição referência cardiovascular, ou seja, que trabalha com uma determinada especialidade, cada unidade dentro da instituição possui suas especificidades em relação ao conhecimento necessário para atuação, assim como rotinas de trabalho diferenciadas, que se relacionam e estabelecem interdependência com a instituição. Assim, os profissionais relatam ser importante conhecer a instituição como um todo para entender melhor as necessidades de cada setor, em especial quando se trata da educação permanente que precisa ser institucional. Conforme elucidam as falas:

Eu acho bom, eu tenho um diferencial dos outros setores. Quem entra para trabalhar aqui gosta muito de trabalhar e eles não pedem para sair. Então eu tenho uma equipe fixa ali dentro que não muda, os setores têm mais rodízio de funcionários. Então ali eu tenho essa equipe que é fixa e isso é bom porque eles se especializam muito naquele serviço que eles estão fazendo. Eles perdem o contato com as outras coisas, se tu fores

perguntar talvez eles não saibam fazer um curativo de uma escara, mas ali no setor eles são muito bons e quanto mais eles procuram se aperfeiçoar naquilo ali melhor pra todo mundo, melhor para o médico, melhor para mim, melhor para o paciente [...](EE4)

[...] já melhoramos e não fui eu quem disse isso, assim: _ Se a gente acha que a coronária tem que melhorar muita coisa? Meu Deus! Se a gente acha que a gente tem que melhorar aqui, de tudo, de conhecimento, de técnica, de organização, de tudo, lá fora tu não tem noção como é que tá. Então assim também tem que ser uma coisa institucional [...](EE1)

[...] outra coisa é o funcionário ter conhecimento do hospital, da instituição que ele trabalha, porque às vezes a gente não conhece a instituição que a gente trabalha, então isso é muito dificultado porque é muito fácil tu falar assim: Ah o pessoal da unidade não faz nada. Mas às vezes eles fazem atividades que não se faz em outro setor. Foi o que aconteceu comigo quando eu vim trabalhar aqui, eu pensei que fosse uma coisa e foi outra. Então na verdade eu acho que a gente não conhece o hospital que a gente trabalha, eu acho que isso é uma das coisas que poderia se trabalhar: Oh gente no centro cirúrgico se faz tal coisa. Porque a gente sabe que se faz cirurgia, mas como é que faz? Quantas cirurgias por dia? Quantas pessoas trabalham lá dentro? Como é que trabalham essas pessoas? Não tem, então precisa mostrar isso. (EA2)

[...] falta um pouco de conhecimento dos outros setores do hospital. Eu acho que deveria ser feita uma escala para os

funcionários novos, para a gente assistir pelo menos uma angioplastia ou cateterismo, não uma cirurgia cardíaca inteira que também é muito tempo né, por que às vezes os pacientes fazem algumas perguntas para a gente e a gente tem dificuldade de responder, e essa parte eu acho que ficou um pouco a desejar, da explicação sobre os procedimentos, como que é cada procedimento. A gente sabe o que é a parte da enfermagem, como se prepara o paciente, isso a gente recebeu explicação. Mas eu não sei dizer para o paciente, por exemplo, exatamente o que acontece no momento que ele está chegando no centro cirúrgico, o que vai acontecer com ele, isso eu não sei explicar em detalhes porque eu não vi. (EA5)

Por exemplo, a gente teve no início muita notificação de hematoma, provavelmente relacionado ao clexane, e uma coisa que dificultou um pouco foi a gente ter só o conhecimento da UTI, então a gente sabia tudo dali de dentro, só que agora a gente estava tendo que ter uma visão da instituição toda. Ainda está sendo difícil isso. Eu vou treinar, por exemplo, quem está na emergência, mas eu não sei dar muitos exemplos da prática deles lá. Vou treinar quem está na unidade, tem esse dificultador, e a nossa realidade dentro da UTI não é tanto hematoma assim, um ou outro [paciente] que a gente observava que tinha hematoma, porque a gente tinha uma prática de anotar qual foi o local que foi aplicado, de ter um rodízio [do local de aplicação] [...] (EG4)

A segunda subcategoria “Percebendo o apoio incipiente da instituição referência para a educação permanente” os profissionais revelam não perceber outro incentivo da instituição para as atualizações

a não ser a progressão funcional, que seria um benefício financeiro concedido pela Secretaria Estadual da Saúde, a cada dois anos, ao servidor que fizer determinada carga horária de atualização relacionada com sua área de atuação e apresentar os certificados ao setor de recursos humanos. Relatam ainda que o setor de treinamento da instituição costuma utilizar esse argumento para convencer os profissionais a participarem das práticas de educação oferecidas. Como demonstram os depoimentos:

Por que até eles mesmos [setor de treinamento] falam: Oh vale para a progressão funcional. Até eles mesmos batem nessa tecla. O curso tem que ser de mais de vinte horas porque se for menos horas ninguém vai fazer, porque não vale para progressão. Então, eles já têm essa visão também. Não adianta eu ir lá e dar uma tarde de curso e falar sobre injeção subcutânea porque ninguém vai fazer, ninguém vai porque são só seis horas, para que eles vão querer ir? O pessoal só quer vinte horas porque vale. Eles mesmos falam entendesse? Eles mesmos têm essa visão voltada para a progressão [...](EA1)

A gente tem um estímulo, que é o estímulo financeiro, que a gente ganha a progressão por cursos. Eu acho que esse é um estímulo, o maior estímulo infelizmente, é o maior estímulo que a instituição dá para a gente. Apesar de não ser uma quantia enorme, mas mesmo assim a maioria das pessoas faz [...](EA5)

A gente sempre estimula a fazer uns cursos, e eles fazem principalmente porque a secretaria de saúde dá incentivo para os cursos. Dependendo da quantidade de horas que tu faz, a cada dois anos tu ganhas uma progressão funcional. (EE4)

Os profissionais comentam que a Secretaria Estadual da Saúde não disponibiliza para a instituição auxílio financeiro para congressos ou pós-graduação, apenas permite que o horário de trabalho do profissional seja ajustado de acordo com a necessidade do curso ou que o profissional seja dispensado de cumprir a carga horária no caso de congressos solicitados com antecedência de no mínimo 30 dias. Da mesma maneira, a instituição tem que contar com a participação voluntária de palestrantes e professores para realizar os cursos/palestras/treinamentos que oferece por não possuir verba para este fim, considerando que a instituição não tem gerência sobre recursos financeiros, apenas a Secretaria Estadual da Saúde. Conforme demonstram as falas:

[...] pós-graduação, por exemplo, mestrado, nosso salário base aqui, se a pessoa não faz hora plantão, ele é bem baixo e a pós-graduação não é tão barato assim, então para uma pessoa, no meu caso não, porque não sou casada, não tenho filho, mas se é uma pessoa que tem outras responsabilidades fica meio difícil pagar uma pós-graduação ou um curso que seja mais caro. Então acho que o Estado poderia dar uma ajuda. Oferecer? Às vezes eles até oferecem inscrições para congressos, às vezes algumas pessoas ganham, mas é raro. (EA5)

Se você quer ir para congresso fora, você até pode pedir verba para o Estado, mas você não consegue. Você consegue é abonar o seu dia de trabalho para ir para o congresso. Aí você vai por conta própria, dificilmente você ganha destinado para isso. E também quem estuda tem direito a uma alteração no horário de trabalho, de mudança de horário por necessidade de estudo, então tem flexibilidade de horário, mas ele tem que cumprir a carga horária dele [...] (EE7)

[...] não tem apoio financeiro, isso não tem

como. Por quê? Porque o hospital não trabalha com dinheiro, é um hospital público e ele é totalmente administrado pela secretaria de saúde. Então não existe uma verba para treinamento, para educação permanente, educação continuada que seja, dentro da instituição, isso não existe. Então o que a gente tem feito? Faz os cursos todos com voluntariado, as pessoas vêm e dão aula sem cobrar. Então se procura sempre estar trabalhando dessa forma, porque não tem como remunerar professor, trazer gente de fora para estar trabalhando isso. (EG3)

Percebe-se que a interação com as instituições formadoras é devido à instituição referência ser campo de estágio para alunos de cursos técnico e superior, assim como campo de pesquisa para graduação e pós-graduação. No entanto, os profissionais relatam pouco envolvimento com os alunos e baixo retorno em relação aos resultados dos estudos no sentido de favorecer a melhoria da prática. Como ilustrado nas falas:

Eu acho que a instituição tem a escola aqui dentro, mas o que isso muda a nossa prática? Nem sempre nos é repassado tudo isso, o que é feito aqui, eu falo mais em questão dos trabalhos que são desenvolvidos aqui, a pesquisa que é feita aqui dentro, a gente não tem um retorno, não tem um momento para que isso seja apresentado. Eu acho que isso também poderia mudar significativamente a nossa prática, tu saber quais são os índices, o que acontece aqui dentro, índice de satisfação ou de insatisfação, tudo que é pesquisado não nos é repassado [...] (EG4)

Não existe interação e não tem nem de um lado e nem de outro. O aluno vem, ele faz o estágio, vai embora e fica nisso. Não tem mudança nenhuma na prática aqui, nada,

nada. Uma coisa que influencia muito a formação é que os acadêmicos eles vem para o campo de estágio e eles não tem bons exemplos de enfermeiros trabalhando e eles veem uma enfermagem que não se posiciona entende? Que não sistematiza o cuidado como tem que ser. Claro que eu estou generalizando, tem exceções, e muito, e boas, e eu acho que isso contribui um pouco. Porque ele [o aluno] vê o que? Na saúde coletiva é a mesma coisa, ele vê enfermeiro que não vai fazer a visita domiciliar, que não coleta o preventivo, que fica sentadinho lá de papo. Aqui no hospital ele vê a mesma coisa, ele não vê aquele enfermeiro com o posicionamento firme em relação a sua profissão, que vai, que prescreve, que faz o cuidado, que cobra que o cuidado seja feito, isso parece que a gente não vê mais e o aluno tá vendo isso. Porque não é só sala de aula, é a prática, não é a prática pela prática, são as atitudes dos profissionais que estão na prática, eu acho que isso tá influenciando a formação [...] (EG3)

A instituição dispõe de um setor de treinamento coordenado por uma enfermeira cujas atribuições estão voltadas para organização de cursos/palestras/treinamentos além da coordenação dos estágios que acontecem na instituição. O setor conta também com um auxiliar administrativo responsável pela progressão funcional dos profissionais. O setor possui demandas prévias, ou seja, os cursos/palestras /treinamentos oferecidos são planejados para o ano, considerando que alguns cursos são obrigatórios de acordo com as RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) vigentes. Apesar deste cronograma preliminar, o setor reserva períodos para atender demandas internas à instituição solicitadas pelos profissionais. Conforme relato dos participantes:

Sei que tem uma enfermeira responsável pelo setor de treinamento. Treinamento? Não sei. É educação continuada? Educação

permanente?, A nossa instituição não tem isso, tem um setor que talvez receba alguma demanda: Ah todo mundo está solicitando um treinamento disso. E aí ela se envolve em estar buscando profissionais para estarem falando sobre isso. Eu acho que é só ela e um técnico administrativo que participam [...] (EG4)

Nesse segundo semestre, primeiro semestre é mais difícil porque normalmente já tem demandas prontas, tem a semana da enfermagem e tal, mas o segundo semestre são mais voltados para situações internas. O próprio enfermeiro, como os técnicos, eles trazem pontualmente as situações, se ela [a situação] for muito abrangente a gente tenta passar isso para o setor de treinamento para que eles possam fazer cursos de forma geral, não só para nossa unidade, mas no hospital todo[...] (EE8)

Normalmente eles já fazem assim, no início do ano já veem as maiores dificuldades e já vão fazendo uma programação. É claro que isso não impede que se um dia eu perceber dúvidas nos meus funcionários ou tiver problemas ou verificar que algumas pessoas tem dificuldades a gente não possa agendar [com o setor de treinamento](EE9)

Alguns treinamentos são obrigatórios na instituição: medicina nuclear, radio proteção, central de materiais e esterilização (CME), curativos, farmácia. Obrigatórios no sentido de que a pessoa tem que se reciclar anualmente, não só como atualização, mas pela questão das RDCs, a vigilância sanitária cobra isso dos setores. Então sempre ficou a cargo de quem estivesse no setor de treinamento cobrar [...] (EG1)

O setor de treinamento costuma trabalhar com a lógica do “modelo escolar” de transmissão de informações e conhecimentos. Assim é possível observar nos relatos dos profissionais uma confusão ao utilizarem os termos educação permanente, educação continuada, educação em serviço, treinamentos, cursos e palestras como sinônimos. A maioria retrata em seus relatos sobre a vivência da educação no trabalho a lógica tradicional trabalhada na instituição pelo setor de treinamento, ou seja, mais direcionada a treinamentos/cursos/palestras pontuais e isoladas, no entanto, outros profissionais percebem que tais práticas isoladas não respondem mais as necessidades da instituição, dos profissionais e dos usuários do serviço. Ainda ressaltam que apesar do setor de treinamento promover ações de educação para todos os profissionais da equipe multiprofissional atuantes na instituição, a maior parte das ações é direcionada à enfermagem. Segue os relatos dos profissionais:

O que seria a educação permanente? Esses treinamentos, participação em eventos e acesso a todo o grande conhecimento na área e também a supervisão do enfermeiro junto à equipe, porque não adianta fazer o treinamento, participar e tal e voltar a fazer tudo como era antes [...] (EE2)

Falando de educação permanente eu não sei nem dizer se acontece educação permanente aqui, o que temos mais é educação continuada que são questões pontuais que são trabalhadas em palestras e em cursos [...] (EG3)

[...] para mim palestra tem um enfoque, você aprende um pouco, algo novo ou não novo, revisa o que tu já sabes, mas é uma palestra, isso para mim não é educação permanente, eu posso até estar errada na minha concepção de conceito, mas educação permanente é eu ver como você está fazendo e arrumar, e fazer com que você melhore a cada dia, isso é educação permanente, é que

a tua necessidade é diferente do outro. [...] daí as pessoas vão ali e aprendem tudo, daí ficam ali paradas, eu acho que esse processo é que não ajuda muito, você colocar um grupo no anfiteatro e dizer assim: Entendeu?(EG2)

[...] se é um setor de treinamento na instituição deveria estar envolvendo outros profissionais, mas eu percebo que é voltado só para a enfermagem, demandas que a enfermagem traz [...] (EG4)

[...] tem a questão médica que também estaria incluída [nos treinamentos], às vezes eles pedem alguma coisa, mas para eles é muito mais fácil, eles conseguem porque eles tem os laboratórios que pagam e eles não tem problema de ir para alguma capacitação ou fazer algum evento fora porque a carga horária deles é menor. Nós da enfermagem e os demais trabalhadores do hospital já não temos muito acesso, então a gente promove algumas coisas em parceria [...] (EG3)

O apoio da instituição para o setor de treinamento é considerado pequeno, e a atuação deste fragilizada, considerando o fato de que a responsável pelo setor foi convidada pela direção da instituição a assumir outras funções que a impedem de dedicar-se às práticas de educação. Assim, apesar de ter conhecimento sobre a existência de um setor de treinamento na instituição a maioria dos profissionais desconhece seu funcionamento e observa dificuldades na sua atuação relacionadas à sobrecarga de funções da responsável, o que acaba dificultando as relações e interações deste setor com o restante da instituição, resultando em falha de comunicação e suporte para iniciativas de mudança. Segue as falas ilustrativas:

O suporte é pequeno [da instituição] primeiro porque o setor de treinamento hoje que é comandado por uma enfermeira que está dividida entre outra função a pedido da

direção. Hoje ela faz outra função que toma bastante tempo dela, então acabou que o treinamento ficou um pouco de lado. [...] porque ela não está conseguindo fazer tudo que contempla a necessidade [da instituição] porque falta profissionais para ajudá-la, sozinha ela não consegue fazer [...] (EE3)

[...] tanto é que hoje ela está com o gerenciamento de leitos e praticamente não está desenvolvendo nenhuma atividade educativa, são muito poucas, apesar de todo esforço e tudo, que não é só trabalhar a educação continuada, tem outras questões que tem que trabalhar. [...] Então o que acontece e que tem acontecido historicamente dentro da instituição? A pessoa que está no setor de treinamento é uma pessoa que a instituição acaba delegando muitas coisas e ela acaba muitas vezes sobrecarregada, e isso é histórico dentro da instituição [...] (EG3)

Como ele é organizado eu não sei, eu conheço o setor de treinamento quando eu vou entregar meus certificados para ganhar pontuação para progressão funcional. Mas assim, eu não sei como é que funciona para as capacitações e em cima do que elas são montadas, qual é o indicador para montar aquele tipo de capacitação que vai ser dada, isso eu não sei [...] (EA2)

Eu vou ser bem sincera, que talvez o que eu vá falar não seja realmente o que é, porque essa questão de desconhecimento e de não entender o processo eu acredito que isso é geral. Agora que eu estou aqui talvez eu consiga falar alguma coisa, mas enquanto eu estava na assistência eu não ia saber falar nada [sobre o setor de treinamento] (EG4)

PERCEBENDO POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES PARA GESTÃO DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA INSTITUIÇÃO

A categoria apresenta as condições interventoras ao fenômeno. Na primeira subcategoria “Percebendo atitudes gerenciais que interferem nas práticas de educação permanente” os profissionais revelam que sentem o apoio e incentivo da gerência de enfermagem para as práticas de educação oferecidas na instituição, assim como para participação em congressos e eventos em outros locais. Apesar de a gerência apoiar as práticas tradicionais desenvolvidas na instituição, visualiza, planeja e apoia iniciativas de mudança, dentre outras, as que estão sendo desenvolvidas pelo NSP. Conforme revelam as falas:

Já teve curso de feridas, já teve curso de atualização em cardiologia, quando a gente fez aquele congresso que vieram enfermeiras de São Paulo. Tudo isso bem estimulado pela gerente de enfermagem, ela é bem atuante nesse ponto, também de sentar com o pessoal do setor de treinamento e desenvolver esses trabalhos. (EE7)

Ela permite, se a gente quer participar de congressos, de simpósios, de alguma coisa que a gente fica sabendo dentro da área, a gerência de enfermagem libera. Eu acho até que ela incentiva bastante para participar, também os alunos de especializações ou de mestrados, libera o horário de trabalho [...] (EE5)

Olha eu vou te dizer que relacionado ao núcleo de segurança do paciente eu só eu vejo com bons olhos [o apoio], tanto a direção, quanto a gerência de enfermagem. Porque do Estado nós somos, até onde tenho conhecimento, a única unidade hospitalar com servidores exclusivos para montar o núcleo, com um espaço físico que foi até o

próprio diretor que liberou. Então, se a direção e a gerência entendem que o núcleo é importante dentro da instituição, eu não posso dizer que eles não estão envolvidos com isso, porque eles têm conhecimento que esse núcleo é para mudança do processo de trabalho e que a educação permanente vai estar envolvida diretamente com isso, porque em reuniões na Secretaria de Saúde a gente percebe que é muito diferente, que nos outros hospitais tem muita dificuldade dos gestores entenderem esse processo [...] (EG4)

[...] tem enfermeiros engajados [com iniciativa e comprometimento] e a gente está investindo nesses enfermeiros, e o futuro da instituição vai ser com estes enfermeiros, por que eles têm uma diferença. Então a gente está procurando investir neles, liberar para congresso, infelizmente a gente não tem como ajudar financeiramente porque a Secretaria de Saúde não está ajudando em nada, mas à medida que se consegue liberar se dá as horas, que é o mínimo que a gente pode fazer [...] (EG3)

No entanto, apesar de sentirem apoio da gerência para as práticas de educação, muitos profissionais relatam que dificilmente são liberados pelas chefias de unidade para participar dos cursos/palestras/treinamentos oferecidos pela instituição no horário de trabalho devido à quantidade restrita de funcionários na escala de trabalho, mesmo dispondo atualmente de um quantitativo melhor de recursos humanos. Assim como pela grande demanda de atribuições principalmente em setores mais críticos como emergência, UTI e hemodinâmica que não podem parar de funcionar. Neste sentido, os profissionais questionam se existe um entendimento por parte das chefias de unidade em relação à importância da educação no trabalho. Seguem os relatos:

Dentro do horário de trabalho nem sempre é possível liberar. Isso aqui é uma emergência,

nem sempre dá: Ah vão todos para o curso. Não é possível isso, porque a demanda aqui ela é muito grande. (EE8)

Curso de medicação, curso de reanimação, de emergência, então todos esses cursos a gente tem, só pena que a gente não pode participar de todos, porque a gente não pode fechar à hemodinâmica. Se a hemodinâmica fecha o hospital para. (EE9)

As pessoas que estão na prática, como vão sair do setor? Cateterismo com aparelho quebrado. Nós estamos superlotados! Então não tem como liberar técnicos e enfermeiros porque a demanda é muito grande, e quando o aparelho voltar a funcionar a demanda vai ser maior ainda, porque aí tem que levar para cá, trazer para cá, levar o paciente pós-cateterismo, pós-angioplastia. Então agora estamos numa fase bem complicada para estar lidando com isso [liberação dos profissionais] [...] (EE5)

Com certeza tem muitas pessoas também que queriam participar e que não são liberadas, porque tem que estar na assistência, isso também envolve a questão de a gente não ter a preocupação de melhorar a escala de trabalho para liberar os profissionais. Não se tem essa preocupação. Eu cheguei a questionar isso em uma das reuniões: Será que tem como melhorar a escala de trabalho para os treinamentos? Não existe! Eu não sei te dizer se não existe possibilidade, ou se não existe interesse por que vai dar trabalho né? Vou ter que chamar mais pessoas naquele dia. Vou ter que convencer o funcionário a vir naquele dia para o outro poder ir para o treinamento. Eu sei que isso vai dar trabalho para quem tem que gerenciar essa escala.

Então eu não consigo afirmar o que pesa mais, se é realmente não ter tempo suficiente para isso ou se é: Que saco! Vou ter que fazer tudo isso para eles virem em um treinamento? (EG4)

Eu acho que dá para concentrar em algumas pessoas e trabalhar melhor isso para que alguém venha [participe dos cursos/palestras/treinamentos]. Nós nunca tivemos um número de servidores tão bom como a gente tem agora. A gente tinha um número de servidores bem pequeno, trabalhou com bastante sobrecarga de trabalho, hoje a gente tem uma realidade bem diferente, muito diferente [...] (EG1)

Os profissionais relatam a necessidade de maior supervisão do enfermeiro, como gestor do cuidado de enfermagem, de maneira que seja possível identificar as necessidades de aperfeiçoamento profissional e orientação na equipe. Ainda revelam que grande parte dos enfermeiros espera que o setor de treinamento tome a iniciativa em relação às práticas de educação no trabalho. Evidenciam assim a necessidade de maior participação dos enfermeiros nas práticas de educação no trabalho como sujeitos ativos e comprometidos com o processo de formação/atualização profissional. Conforme revelam as falas:

[...] parece que eles [enfermeiros] não se envolvem nas questões da equipe, no que está acontecendo, parece que ele não faz parte daquela equipe, fica meio a par e aí vem problemas. Aí você quer saber por que o antibiótico sobrou na gaveta. Aí tu pergunta o que aquele enfermeiro estava fazendo que ele não viu que aquele antibiótico sobrou na gaveta? [...] Então qual o papel do enfermeiro? Ele tem que solicitar para gerência, primeiro para a chefia imediata, que vai trazer para a gerência a demanda, e não chega demanda, não chega para chefia imediata, e não chega para a gerência. O

que ele percebe de problema na equipe, não chega [...] não tem, a grande maioria não tem envolvimento. O que a gente percebe, é que a pessoa vem cumprir o horário de trabalho e ela não quer nem saber, ela quer saber de ter o material para ela trabalhar, o resto é problema da CCIH, do setor de treinamento e da direção, é isso que respondem. Muitos enfermeiros às vezes nem querem se envolver [...] (EG3)

[...] a gente espera muito que um setor venha nos treinar, então a gente transfere a culpa para um setor [treinamento], para uma pessoa, diz que a instituição não disponibiliza, sempre a culpa é do outro, nunca a culpa é minha, por que eu não vou atrás e por que eu não busco. Porque se não tem aqui nessa instituição [oportunidade de atualização], mas tem outra instituição que está oferecendo e eu posso buscar. Eu acho que tem isso também muito envolvido na nossa instituição, as queixas todas são por que: Ah eu faço desse jeito porque nunca ninguém me treinou diferente. (EG4)

[...] precisa partir do órgão competente pra fazer isso, só eu sozinha não consigo. Mas em fim, a gente insiste, a gente pede e chega uma hora que cansa. Eu estou tanto tempo aqui pedindo alguma coisa e não acontece. Então eu digo assim, que a educação ela também tem que partir de outros setores [...] (EE3)

Afirmam que o enfermeiro deve dar exemplo à equipe, como gestor do cuidado de enfermagem, mantendo-se atualizado e motivando a equipe para tal. A cobrança da equipe também é relatada como essencial para a melhoria da assistência. Essas questões foram levantadas considerando o fato de o enfermeiro ter atribuições éticas e legais referentes à supervisão e orientação em relação à equipe de

enfermagem. No entanto, é percebida a falta de posicionamento do enfermeiro em relação ao cuidado do paciente cardíaco, evidenciando a necessidade de maior iniciativa na resolução de problemas relacionados ao paciente, não aguardando pela conduta de outro profissional. Seguem os relatos:

Eu acho que falta estudar, eu acho que o enfermeiro tem que estudar, porque estudando ele vai ver a importância daquilo: Mas se eu estou sentindo essa dificuldade, como será que estão os meus colegas e a minha equipe? A partir do momento que ele estuda e que sente essa dificuldade, essa necessidade, e essa importância, aí é que ele vai começar a disseminar isso no grupo [...](EE1)

Eu acho que isso também tem que partir das chefias, assim de começar a cobrar mais, de ficar em cima, de olhar mesmo, de cobrar do enfermeiro, cobrar do técnico, cobrar de médico, cobrar de quem for por uma assistência melhor [...](EA1)

Ele tem uma obrigação ética e legal em relação a isso, está na lei do exercício profissional e no código de ética dos profissionais de enfermagem. Ele é o responsável por avaliar as condições técnicas de cada trabalhador na sua equipe, porque mesmo que ele só venha para cumprir o horário, ele tem uma equipe, ele faz parte dessa equipe e ele é o responsável. Então se ele não faz isso, ele está descumprindo com a lei do exercício e com o código de ética dos profissionais de enfermagem. (EG3)

Eu acho que ele está um pouco assim, ainda é o profissional médico que tem que decidir, ele não pode decidir, porque ele vai se

confrontar com o doutor, eu ainda vejo dessa forma. Eu dizia para as meninas: Vocês não têm que ter esse receio, esse medo de saber, de botar um paciente num eletrocardiograma e depois o colega falar: Mas tu já mandasses para o eletro sem passar por mim? Não tem problema, quanto mais a gente fazer isso, os novos que vem entrando, até os próprios residentes, eles vão aprendendo que a prática tem que ser essa, que na verdade é uma equipe, ou tu trabalha em equipe ou não [...] porque cada vez mais o enfermeiro tem que ser o gestor da equipe, o enfermeiro tem que ser o supervisor, o enfermeiro tem que ser aquele que está na frente, aquele que está orientando, aquele que está junto com a equipe. Para mim isso é a qualidade da enfermagem e a qualidade do enfermeiro, o diferencial, porque o enfermeiro tem que ter esse diferencial, porque a equipe vai se espelhar em quem? Se tu coordenar esse trabalho direito, se tu conseguir administrar, a gestão vai ser bem melhor. (EE10)

Os profissionais referem o pouco envolvimento entre os gestores de setores “chaves” na instituição, e destes com as unidades assistenciais, no sentido de favorecer as práticas de educação permanente. Visto que, os profissionais comentam que o apoio e interação de alguns setores, como a farmácia, a CCIH, o NSP e o setor de treinamento são essenciais para que as práticas de educação se efetivem. Diante da falta de interação alguns profissionais tomam iniciativas para contornar a situação, enquanto outros seguem esperando que as iniciativas partam destes setores. Seguem as falas:

[...] todos os setores dessa instituição estão sempre em falta disso e por não ter esta orientação as pessoas estão buscando por si só entendesse? Por não haver um serviço atuante aqui dentro da instituição que é fundamental para todos. Eu não consigo, eu nunca consegui adesão, precisaria de muito

treinamento nessa área, porque quase tudo que pedem tem relação com isso [...] (EG1)

[...] a gente também sente falta desses apoios, tipo a farmácia podia passar isso entendeu? Ou a CCIH podia trazer, sei lá, uma nova tecnologia para dar banho, uma tecnologia nem digo, mas assim: Ah agora mudou, não é mais só sabão é clorexidina, agora não é mais só clorexidina é clorexidina diluída. Então, eu sei que também eu peço de não ir atrás dessas coisas, mas eu sinto falta desse suporte para passar para a equipe. (EE1)

[...] para que a gente possa ir em grupo, todos os setores deveriam ser envolvidos para ajudar a melhorar essa prática, mas nós estamos inerte nisso, nós não temos. Eu não posso aqui maquiagem uma coisa, dizer que existe, se não existe, porque essa é minha grande preocupação [...] (EG2)

Setores chaves que teriam que estar mais atuantes e não estão. A gente se frustra. Às vezes não conseguem dar conta, muitos dizem que a resposta é essa, ou se querem abraçar muita coisa e não conseguem. Poderiam estar proporcionando mais informações e conhecimentos e não acontece. Às vezes a gente levanta essa questão, tenta levantar a poeira. Às vezes a pessoa fica num setor só, não consegue ver a necessidade de toda a instituição, não vai buscar essa necessidade. A gente conversa com cada pessoa, e eles relatam: Eu preciso de tal pessoa, se eu tivesse o suporte desse setor eu poderia estar fazendo um trabalho muito melhor [...] (EG5)

Os profissionais revelam que a valorização dos profissionais

pelos gestores poderia favorecer a adesão às práticas de educação permanente, considerando que quando se estimula e abre-se espaço para a participação, o profissional sente-se disposto a realizar um trabalho melhor e conseqüentemente a instituição tem um retorno positivo. Como elucidam as falas:

Percebo que tem muita gente boa trabalhando aqui, muita gente boa mesmo. Eu acho que poderia ser mais estimulado isso, por que quanto mais tu estimular a participação naquela educação continuada, naquela aprendizagem, naquela qualificação, eu acho que tu vai ter um retorno bem melhor. Por que eu vejo duas coisas, que têm as pessoas interessadas e tem as pessoas desestimuladas [...] (EA2)

[...] acho que se começa pela valorização do servidor, quando eu falo valorização é tu olhar para o outro e dar elogios, e falta muito isso na nossa instituição, tem mais é crítica, tu vai criticar, mas tu não vai elogiar. Não só o enfermeiro gestor ou o enfermeiro supervisor, a gerente de enfermagem, a direção, precisa olhar esse servidor e as coisas boas que ele faz, porque tem muita gente muito boa aqui e muito dedicada. Então falta isso, de estimular ele, valorizar o grupo, valorizar a equipe, isso eu acho que falta [...] (EE10)

[...] eu sinto falta assim, não que vai ter que ter teu nome no mural como a melhor funcionária do mês, acho que não, não é por aí. Acho que ninguém precisa ficar sabendo que tu foi chamada, que te elogiaram, mas acho que é uma motivação para ti chegar no teu horário, para ti cuidar do paciente, para ti ajudar os teus colegas, [...] por que tu precisas daquela pessoa ali: Ah vamos fazer [um curso]? É bom pra ti. Pela comodidade,

pelo teu dia a dia, pela tua correria, pela tua vida fora daqui. Eu acho que se tiver alguém te motivando é bem mais fácil tu ir do que tu não ir, do que tu não participar. (EA1)

[...] dá uma responsabilidade a mais que a pessoa se sente valorizada, e ela começa a ver o seu potencial, e ela se sente melhor. Então tudo aquilo que ela achava que era incapaz, que ela não tinha condições, ela esquece. Esquece a incapacidade, esquece a dor [...] Então ela consegue desenvolver o seu potencial e ela é boa naquilo que faz [...] (EE8)

A segunda subcategoria “Ressaltando atitudes profissionais que favorecem/dificultam a gestão das práticas de educação permanente” apresenta a tentativa de inserção do usuário no processo de cuidado, a partir de grupos de orientação, como fator que favorece a gestão das práticas de educação permanente, sendo notória a mudança no perfil deste usuário, demonstrando-se mais crítico, questionador e participativo. Os profissionais percebem a importância da orientação e troca de conhecimentos com o paciente e familiar, considerando que essa prática auxilia na participação do usuário como sujeito ativo no processo de cuidado, ao mesmo tempo em que amplia o conhecimento do profissional. No entanto um fator que dificulta este envolvimento e interação é a comunicação, considerando que a maioria dos pacientes possui pouca escolaridade e os profissionais tendem a utilizar a linguagem técnica nas orientações. Conforme elucidam as falas:

[...] eu vejo que o perfil do usuário mudou muito nos últimos anos, antigamente nós tínhamos o paciente paciente, hoje a gente tem o paciente impaciente, então hoje ele quer saber qual é a droga que ele está tomando, ele quer saber porque ele tomou uma medicação e deu reação, ele é uma pessoa que questiona e eu acho que a gente tem mais é que ser questionado [...] (EE3)

[...] nós enfermeiros, procuramos dar a

melhor assistência possível para o paciente, tentando orientá-lo de forma que ele saia daqui, principalmente os que são mais leigos, que estejam satisfeitos com o atendimento em todos os aspectos. (EE6)

[...] a gente tem grupos de orientação, o serviço social entra com a questão dos direitos deles, onde eles buscam as coisas, se tem aposentadoria envolvida [...] A minha ideia é começar a trabalhar com eles o que é um infarto, mais focado no problema dos pacientes internados. (EE5)

[...] Eu aprendi que se ele caminhar tantas horas de manhã e se eu fizer uma massagem, ele vai se sentir melhor, a pressão vai abaixar. Então com essa fruta, com esse alimento, a pressão dele equilibra, ele consegue urinar melhor. Então são toques que a família também nos dá, são várias coisas que a gente vai aprendendo. Eu sempre digo que enquanto a gente vive a gente está aprendendo para ensinar de maneira formal ou informal. (EE7)

[...] tem paciente que não entende nada do que o médico falou, nem do que o técnico falou, nem do que enfermeiro falou, é que depende do entendimento dele também e de como tu falas. (EE10)

Os participantes ressaltam que a instituição dispõe no momento de profissionais bastante comprometidos com o trabalho, com iniciativa e boa interação com a equipe, e que compreendem a importância de prestar um cuidado de qualidade ao indivíduo acometido por DCV. Conforme demonstrado nas falas:

[...] eu acho que agora o hospital está num momento que tem servidores que estão preocupados com isso, é bem bacana, dá

discussão, está num momento de crescimento e eu estou bem feliz. O que aconteceu esse ano em termos de atualização em curativo, tudo assim, eu acho que vai mudar a história da gente [...] (EG1)

[...] eu não preciso testar respirador, mas eu pedi para a enfermeira me ensinar, porque vai que em uma intercorrência, ela está fazendo outra coisa, e eu preciso montar e testar o respirador, ou colocar uma Pressão Arterial Média (PAM) no paciente, instalar na hora de uma cirurgia? Já aconteceu de chegar duas cirurgias ao mesmo tempo e eu instalar em um paciente e a enfermeira no outro. Instalar, nivelar, zerar na hora. Vai do interesse, não me compete, mas eu fui atrás e fui fazer [...] (EA7)

Percebem ainda que quando o profissional busca aperfeiçoamento, seja por meio de um curso superior ou uma pós-graduação, ele tende a tornar-se mais aberto às mudanças, pois o conhecimento novo modifica sua maneira de ver e agir diante dos enfrentamentos no cotidiano de trabalho. Seguem as falas ilustrativas:

[...] o mestrado abriu bastante, querendo ou não, novos conhecimentos também, porque a gente tem muita troca de informações e isso tu acabas trazendo para a tua prática também. Às vezes até algumas coisas que tu fazias errado, tu acabas mudando teu conceito [...] (EA4)

Eu sempre fui bastante interessada em saber as coisas, só que eu acho que fazer a graduação me fez prestar mais a atenção em coisas que eu não prestava antes. Sempre tive demonstração de interesse, gostava de saber, questionava, só que agora eu comecei a prestar mais atenção, muito mais atenção do que eu prestava antes. (EA2)

Outra atitude que faz parte da gestão do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por DCV e influencia a gestão das práticas de educação permanente é o olhar do profissional para o cuidado integral. Visto que, apesar de a cardiologia ser uma especialidade os profissionais comentam que o paciente precisa ser visto na sua totalidade, ou seja, o cuidado deve contemplar todas as dimensões deste ser humano complexo em seu processo de saúde e doença. Elucidado pelas falas:

Eu primeiro faço a visita na beira do leito e nessa visita eu já identifico algumas situações. Tem paciente que eu conheço que já está bastante tempo internado, e quando é o primeiro contato eu procuro me certificar se daquele plantão que eu recebi, se as informações batem. Procuro fazer um exame físico rápido, mas eu faço, e pergunto tudo que eu vejo de diferente, se tem uma bolinha no rosto, uma pintinha diferente, um dedo amputado, se está muito branco, muito magro, enfim essas coisas. Eu me preocupo muito, porque eu o vejo como um todo, eu não me preocupo só com a patologia cardíaca [...] (EE3)

Eu consigo hoje estar orientando esses clientes que eu recebo e os colegas que trabalham comigo sobre tudo quanto é doença, não só a parte da cardiologia. Hoje se perdeu muito aquele ver o paciente como um todo. A gente vê que muita gente seleciona só um órgão. Então o que eu faço com os servidores que trabalham comigo? A gente pesquisa tudo que o paciente tem, uma doença, um diagnóstico secundário. A gente discute: Ele tem isso, correlação com aquilo, correlação com a medicação. Eu vejo que tem se perdido isso, parece que hoje o profissional enfermeiro ele também quer ser só especialista em cardiologia, em neurologia, em pediatria, enfim [...] (EE10)

Por outro lado, os participantes revelam que o perfil e a personalidade de alguns profissionais podem interferir na sua atuação e consequentemente na qualidade do cuidado prestado. Afirmam que a falta de interesse, compromisso e responsabilidade de alguns profissionais dificultam a adesão às práticas de educação oferecidas pela instituição. Diante deste cenário, destacam que o modelo econômico capitalista vigente acaba influenciando os profissionais fazendo com que estejam mais preocupados com o pagamento do trabalho do que com o desenvolvimento do trabalho em si. Como elucidam os depoimentos:

[...] eu penso muito na personalidade das pessoas antes de pensar no profissional. Eu acho que quem escolhe a enfermagem tem que estar ciente do compromisso que é o cuidar. Não é apenas vir aqui e fazer o seu trabalho mecanicamente, é cuidar realmente. (EE2)

Eu sempre tento passar conhecimento durante o meu horário de serviço, até na questão de úlcera de pressão, as pessoas elas tem já certa resistência a evitar o creme, a massagem, que hoje a gente já vê que quando tem uma hiperemia não pode se fazer massagem que vai favorecer a úlcera de pressão, o meio úmido, o creme. Então a gente tem o creme ali de barreira, mas as pessoas não usam para evitar, para proteger aquela pele. Então tudo isso eu tento passar, mas muitas vezes as pessoas são resistentes [...] (EA6)

[...] há uma tendência, e isso só não percebe quem não quiser perceber, há uma tendência muito grande na nossa profissão. Quem está na assistência hoje percebe que a assistência se modificou muito, hoje eles [os profissionais] não vem trabalhar somente porque querem prestar assistência, porque eles também precisam e querem, é obvio, é

natural, o seu salário, o seu dinheiro. Mas a parte econômica hoje ela move muito as pessoas, porque o marca passo do mundo mudou, ele gira muito mais em torno da questão econômica [...] (EE8)

Questões inerentes ao funcionalismo público, como a burocracia e estabilidade, ao modelo hegemônico de assistência, aos conflitos interpessoais e dificuldades de interação com a equipe são relatados pelos participantes como fatores que prejudicam a gestão das práticas de educação permanente e a melhoria da qualidade da assistência. Revelam que a interação da equipe depende da atitude dos profissionais envolvidos, tendo relação com a comunicação, abertura e disponibilidade para uma relação dialógica. Seguem os relatos elucidativos:

No setor que eu trabalho, eu tenho muita dificuldade em trabalhar, até mesmo porque a enfermeira do meu setor é uma enfermeira que tem muito o ponto de vista dela em primeiro lugar, e é difícil fazer um questionamento ou alguma coisa, ela não gosta muito que questionem sobre o que foi dado para a gente fazer, então essa educação permanente se perde um pouco [...] (EA2)

[...] você não consegue tomar algumas atitudes que teriam que ser tomadas porque o serviço é público. Você abre um processo administrativo, demora um ano para ele ser instalado, aí parece que o grupo se une, às vezes com as atitudes não mais corretas, e aquele enfermeiro que exige o correto, ele acaba ficando sozinho, porque a malandragem ganha daquele profissional, e aí ele acaba às vezes não se sentindo apoiado, porque ele quer ser apoiado naquele grupo que ele está, naquela equipe, aí ele acaba recuando, acaba se acomodando [...] (EG3)

BUSCANDO ESTRATÉGIAS PARA GESTÃO DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DIANTE DA ADESÃO INCIPIENTE ÀS PRÁTICAS TRADICIONAIS

A categoria representa as interações estratégicas que buscam responder o fenômeno. Na primeira subcategoria “Gerenciando informações e conhecimentos no cotidiano de trabalho” os enfermeiros revelam que diante do atual cenário vivenciado na instituição onde é percebida a fragilidade de conhecimento e a adesão incipiente dos profissionais às práticas de educação oferecidas pela instituição, as quais nem sempre correspondem às expectativas dos profissionais, os mesmos costumam utilizar espaços informais de reunião da equipe para trocar conhecimentos e informações, no sentido de discutir e buscar soluções diante dos problemas enfrentados no dia a dia de trabalho. Conforme demonstram as falas:

[...] a gente faz no próprio ambiente de trabalho na verdade. Se tem alguma intercorrência com o paciente, a gente resolve aquela intercorrência, o paciente vai para a emergência, a gente chega e vê os pontos que poderia ser melhorado, o que a gente poderia ter agilizado naquele momento para o paciente, o que falhou com a equipe. Isso a gente sempre tem feito. (EE10)

[...] a gente está tentando manter isso após a parada, por exemplo, discutir o que aconteceu ali, quais são as necessidades, o que a gente podia melhorar, se deu problema em tal coisa na hora, se no carrinho estava faltando alguma coisa, se a pessoa não estava ali na hora para ajudar no atendimento, são várias coisas que a gente pode estar discutindo depois para melhorar [...] (EE2)

[...] a conferência do carrinho de parada cardiorrespiratória também é um momento de educação permanente. Por quê? Porque os enfermeiros assumiram a escala de

conferência, só que se viu que durante a intercorrência, pelo distanciamento do técnico de enfermagem com o carrinho, ele acabou ficando perdido e totalmente sem conhecimento, ele desconhece o que é um carrinho de emergência e o que vai dentro dele. Aí o que a gente acabou fazendo, chegamos a conclusão que teríamos que colocar o enfermeiro junto com o técnico de enfermagem na escala diária para que fosse conferido todos os dias. Teve um dia, que eu tinha tempo, chamei as servidoras novas e abri o carrinho, e não apenas conferi validade e quantidade, eu fui treinando elas: Nessa gaveta tem x coisas e é nesse momento que vocês vão usar. Então a gente fez um treinamento de parada sem o boneco, mas deu pra ter noção de como é que monta a oxigenioterapia na hora, como faz a aspiração [...] (EE3)

Os profissionais revelam ainda que buscam preservar o trabalho em equipe e a troca diária no cotidiano de trabalho, pois consideram este um facilitador para a interação e atualização profissional. Comentam que os cursos/palestras são importantes no sentido de complementariedade, pois trazem a teoria, a cientificidade, mas reforçam ser no dia a dia com a prática, que percebem as fragilidades e que ensinam e aprendem. Assim percebem que tal prática traz resultados mais positivos que cursos coletivos. Conforme elucidam os depoimentos:

[...] profissional técnico, enfermeiro, médico, fisioterapeuta, quantas vezes eu discuti exames e resultados de exames [...] eu chamava o técnico: Vocês querem ver esse grampo? Vocês querem ver como fica os pontos no pós-cirúrgico? O que é uma atelectasia? Enfim, é importante isso, porque o técnico tem que saber o que é uma atelectasia, ele vai estar me ajudando na mudança de decúbito do paciente, vai estar

ajudando o paciente a expirar e inspirar [...] (EE10)

[...] se a pessoa tem alguma dificuldade ela pode conversar, aí tu vê o que podes resolver. Eu acho que não é só curso, acho que a educação é o dia a dia, quando tu vê uma pessoa fazer alguma coisa ou quando identificas algum problema. Eu acho que tu estar conversando e sempre estar vendo o que precisa melhorar, ir além do treinamento, dos cursos, porque a gente sabe que a parte científica é muito importante.(EE9)

É uma estratégia que para mim ainda funciona melhor do que eu tirar ele [o funcionário] do seu horário de trabalho. Então eu posso fazer ali a educação permanente: Melhor fazer assim. Melhor massagear assim. Melhor puncionar dessa forma, puncionar com luva, sem luva não pode por isso e aquilo. Acho que a resposta pontual é melhor do que cursos coletivos, não que eles não sejam bons, mas em toda a minha prática profissional eu acho que resolver questões pontuais e a observação direta e contínua é uma educação permanente melhor do que fazer uma educação somente coletiva com cursos, eu acredito muito mais na presença permanente ao lado da pessoa, mas sei que é muito difícil e demanda mais tempo [...] (EE8)

Os profissionais utilizam grupos já institucionalizados, ou ainda em construção, como espaços de troca de conhecimentos e informações, diante da necessidade de melhorar a prática profissional, como a reunião mensal dos enfermeiros, onde são discutidos casos clínicos e outras demandas, o grupo de curativos, formado recentemente por iniciativa de alguns enfermeiros assistenciais com apoio do setor de treinamento e gerência de enfermagem, os grupos multidisciplinares de orientação aos

pacientes, o NSP, a própria passagem de plantão, as comissões internas, como a comissão de ética de enfermagem (CEE) e a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos, tecidos e transplantes (CIHDOTT), assim como, congressos organizados pela instituição e grupo de estudos. Seguem os relatos ilustrativos:

[...] o grupo de curativos também foi um avanço que a gente teve, porque hoje a gente conseguiu montar um grupo. Porque antes os enfermeiros não participavam e hoje eu tenho enfermeiro da emergência, das unidades, da coronária. Tem uma enfermeira que está liderando, e está fazendo um excelente trabalho, e a gente mudou um pouco essa realidade. Porque o conhecimento tem que ser de todos e estava centrado em uma pessoa, então não precisa mais pedir para avaliar o curativo, tem o enfermeiro que tem conhecimento no setor sobre isso. E precisa passar esse conhecimento, não reter, que é errado, o hospital não pode se dar ao luxo de estar com um grupo só para fazer curativo, é um conhecimento que todo o enfermeiro tem que ter [...] (EG3)

[...] a passagem de plantão é educação permanente. Eu me lembro como eu aprendia recebendo e passando o plantão, e ainda aprendo. A coisa mais importante que tem antes de começar um plantão é pegar uma boa passagem de plantão [...] (EE3)

[...] pra mim isso [comissão de ética] faz parte de uma educação, porque eles [os profissionais] sabem muito o que é direito, agora dever eles não sabem muito [...] às vezes nem a gente sabe [...] (EA1)

[...] tem discussão, debate sobre alguma coisa, eu não só recebo [informação], um

grupo de estudo é quando todo mundo vai e participa, não é só uma palestra que um profissional só dá informação [...] (EA3)

[...] todo ano a gente tem o congresso catarinense de cardiologia, e esse ano nós começamos a ter congresso de enfermagem na área de cardiologia, que a gente também desenvolve aqui com o pessoal da gerência, e nós somos tanto alunos, como palestrantes. Sempre que tem algum congresso eu tento participar, é uma coisa que eu gosto de fazer, eu acho que você pode morrer velha, mas deve continuar a aprender [...] (EE7)

Algumas iniciativas de enfermeiros foram consideradas novas estratégias de educação, por utilizar outros métodos de educação no trabalho, como a simulação e o treinamento *in loco*, que tiveram boa aceitação dos profissionais, diante da adesão e da repercussão positiva na prática. Alguns treinamentos *in loco* foram realizados em parceria com representantes de empresas que prestam serviços e produtos para a Secretaria Estadual de Saúde, sendo que por este motivo a participação não necessita ser remunerada. Seguem os depoimentos:

[...] essa foi a primeira vez que teve [treinamento in loco para funcionários novos] e foi surpreendente, porque eles não chegaram tão assustados. Elas [enfermeiras] levaram o monitor de transporte que a gente tem lá, o simulador mostrando todas as ondas de eletrocardiograma, de saturação [oxigênio], e tudo que se faz desde como se arruma um box, como é que se recebe o paciente, como se monta uma Pressão Venosa Central (PVC) no monitor, sabe aquela coisa de laboratório mesmo. Então assim foi maravilhoso, se todas às vezes a gente conseguisse fazer isso seria ideal. (EE1)

Nós fizemos [treinamento in loco] com os

funcionários novos na coronária e depois eu presenciei uma parada, e aquela equipe que foi treinada estava ali, e eu vi a diferença, eles conseguiram atuar, lembrar-se do treinamento. (EG5)

[...] porque a gente sempre vai nesses treinamentos, tu vai lá ensina, fala tudo sobre a parada, faz uma massagem [cardíaca] lá na frente de todo mundo, só que aquilo ali sai da nossa realidade, a gente não atende num lugar que tem espaço, não é num lugar que tenha tudo na mão [...]. (EE2)

[...] agora recentemente a gente fez um curso de curativo bem bom com uma representante de curativo, ela trouxe todos os curativos. A gente tem que estar se atualizando para poder estar fazendo os curativos bem certinhos, usando o material. Às vezes a gente tem o material e não sabe usar, aí não usa e o paciente sofre. (EA6)

Esse treinamento do clexane [anticoagulante subcutâneo] a gente fez lá dentro da coronária, que foi um representante também do laboratório. Foi bom porque foi bem perto da unidade, então a gente só saía de dois em dois [...]. (EA5)

Muitos profissionais utilizam a *internet* para realizar cursos de educação à distância (EAD) e para se atualizar diante da pouca oferta de atualização na instituição. Embora alguns profissionais demonstrem posicionamento contrário em relação a esta modalidade de aperfeiçoamento, outros incentivam os profissionais a utilizarem a *internet* para este fim no próprio ambiente e horário de trabalho. Demonstrado nos depoimentos:

[...] tem muitos cursinhos pela internet e um vai passando para o outro e eles fazem, porque daí eles podem fazer no horário que

eles têm tempo, que eles têm vago, no próprio horário de serviço no computador. Então tem gente que não gosta, mas eu acho muito válido esses cursinhos de internet porque quer queira quer não, eles estão lendo, eles estão fazendo exercícios, eles estão mantendo a mente ocupada [...](EE4)

[...] como eu já tenho muitas horas, eu até parei de fazer um pouco [cursos online], porque eu tenho uns dez ou quinze diplomas, mas agora estava bem restrito, tinha um certo horário para entrar [no site] e tal, mas tinha outros [sites] também [...](EA7)

Na segunda subcategoria “Destacando o núcleo de segurança do paciente como uma iniciativa de gestão das práticas de educação permanente” os profissionais demonstram uma expectativa positiva em relação às iniciativas do NSP no sentido de mudança na prática diante da atuação incipiente do setor de treinamento. O NSP é formado por duas enfermeiras e outros profissionais da equipe multidisciplinar, que buscam implementar protocolos de segurança do paciente propostos pelo Ministério da Saúde. Apesar de ter uma comissão específica, os profissionais ressaltam que todos podem participar do núcleo aderindo às notificações dos efeitos adversos. Assim, o núcleo busca envolver os profissionais das unidades assistenciais por entender que depende da adesão destes para conseguir desenvolver sua proposta de trabalho e atingir as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, objetivando a mudança de cultura institucional. Segue os depoimentos:

[...] eu acho que é muito bom o núcleo porque ele vai estar contribuindo para a gente ter uma assistência mais segura.(EA6)

[...] todo mundo faz parte do núcleo, acontece que tem uma comissão, tem as enfermeiras que são as responsáveis, aí elas escolheram uma pessoa do período da manhã, uma do período da tarde, uma de cada plantão noturno para estar participando, para estar orientando as

peessoas do horário delas. Mas todo mundo pode participar, todo mundo pode notificar [...] (EA7)

[...] o núcleo de segurança do paciente vai fazer esse treinamento com a gente também, a gente vai começar a seguir esses protocolos do Ministério da Saúde sobre a identificação do paciente, risco de úlcera por pressão, a maioria dos pacientes já tem Escala de Braden³ e também para o risco de queda já estamos utilizando a Escala de Morse⁴, então o núcleo está fazendo bastante treinamento com a gente nesse sentido.(EA5)

A nossa estratégia agora para atingir os profissionais é que todos tenham conhecimento do que são esses protocolos, qual é a intenção de que esses protocolos façam a diferença na nossa prática assistencial. Mas esse está sendo o primeiro treinamento que a gente está fazendo dessa forma, uma avaliação vai ter que acontecer depois disso, e só depois a gente vai conseguir ter um retorno para dizer se foi melhor, se foi mais positivo do que a outra forma, ou se não foi tão positivo quanto a gente esperava, aí a estratégia vai ter que ter outra. Eu acho que a gente ainda está muito prematuro nisso, a avaliação dessa forma de treinamento que vai conseguir conduzir a gente para os próximos. (EG4)

Os profissionais percebem o NSP, iniciado recentemente na instituição, como espaço para práticas de educação permanente na

³ Instrumento utilizado para prever risco de desenvolver úlcera de pressão composto por seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento.

⁴ Instrumento utilizado para prever risco de quedas composto por seis itens: histórico de quedas, diagnóstico secundário, auxílio na deambulação, terapia endovenosa, marcha, estado mental.

instituição, considerando que o núcleo coleta informações de efeitos adversos por meio de fichas de notificação disponibilizadas nas unidades assistenciais e diante da análise dos resultados das notificações busca dar uma resposta aos profissionais na tentativa de resolução de problemas, normalmente com treinamentos *in loco*. No entanto, é observado que os profissionais têm receio de realizar as notificações dos efeitos adversos, provavelmente devido à cultura do erro e da punição, embora perceba-se um aumento na quantidade de notificações o que pode significar uma conscientização dos profissionais em relação à segurança do paciente. Segue os relatos:

[...] as pessoas estão sendo motivadas a identificar. A gente fez uma ficha de notificação de evento adverso, porque se os profissionais não entenderem que é importante eles notificarem o erro que acontece, eu não tenho demanda de trabalho. Em cima do que eu vou refletir qual processo eu preciso mudar dentro da instituição? Eu não posso dizer que não teve resultado, porque as notificações estão chegando, e se estão chegando é porque tem pessoas que já se inseriram no processo [...] (EG4)

[...] elas já instituíram a ficha de notificação, notificação de queda, notificação de flebite, soroma, assim qualquer evento adverso que aconteceu com o paciente, erro de medicação, queda, úlcera de pressão, saída de sonda não intencional, elas já passaram para a gente, explicaram como é que se usa, e a gente já vem preenchendo acho que há uns três meses, e já tivemos retorno quanto a isso, elas já apresentaram uma estatística [...] (EA5)

A estratégia de educação no trabalho utilizada pelo NSP se dá em decorrência da observação da não adesão dos profissionais às práticas tradicionais oferecidas pela instituição, que se caracterizam pela instrumentalização e atualização individual. Os profissionais identificam que o NSP gerencia as práticas de educação no trabalho por meio de

estratégias que precisam ser adotadas pelo setor de treinamento da instituição, considerando que já identificam mudanças na prática apesar do pouco tempo de atuação do núcleo. Segue os relatos:

[...] as salas vazias é que me chamaram a atenção para uma estratégia diferenciada do trabalho. A gente está utilizando outra estratégia de treinamento porque essa estratégia de colocar no mural um convite com dia agendado, hora agendada, local agendado, não tem adesão da equipe de trabalho [...] (EG4)

Elas voltaram, tomaram conhecimento lá na ANVISA e retomaram: Olha falaram aquilo, mas a ANVISA disse que não, que agora é assim, no hospital tem que ser dessa forma. Então esse vai e volta que está faltando na educação continuada oferecida aqui na instituição pelo setor de treinamento. Então hoje tem na cardiologia, um serviço novo que é o núcleo de segurança do paciente, e eles estão fazendo um trabalho bem legal em cima dessa questão de orientação, justamente para reverter em cuidado, para reverter em não danos ao paciente. Eu acho que é isso, que o setor de treinamento deveria instruir, ele deveria fazer primeiro as pessoas gostarem do que fazem, através do ensino, porque aprender eu acho que todo mundo gosta de aprender, e gostando de aprender e aprendendo tu vais focar no teu paciente de forma diferente. Saber se as pessoas estão discutindo aquilo ali, se está valendo a pena. E eu acho que elas [enfermeiras do núcleo de segurança do paciente] estão fazendo esse trabalho [...] (EE5)

O núcleo de segurança está trabalhando in loco, não com aulinhas, mas in loco, indo lá

no setor, pedindo para as pessoas avaliarem o paciente, ver se ele é um paciente de risco de ter úlcera de pressão ou não, se esse paciente é de risco, o que se pode fazer para que ele não tenha [úlcera de pressão]. Esse é o papel do setor de treinamento, ele tem que ter esse papel, mas a gente vai buscando outros serviços para não gerar prejuízos tão grandes para o paciente. (EG2)

DESVELANDO OUTRAS CONFIGURAÇÕES PARA GESTÃO DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO NO TRABALHO A FIM DE ALCANÇAR UM CUIDADO DE EXCELÊNCIA

A categoria apresenta as consequências das ações para o fenômeno. Na primeira subcategoria “Buscando a qualificação profissional para atingir o cuidado de excelência” os profissionais observam que houve uma melhora na qualidade do cuidado prestado na instituição, porém não como desejado e afirmam que melhorar a qualidade da assistência é uma emergência na instituição. O cuidado de excelência ou assistência de excelência é uma missão da instituição e se refere ao cuidado qualificado que envolve conhecimento e responsabilidade técnica por meio do preparo da equipe de saúde. Revelam que o significado das relações, interações e associações das práticas de educação permanente está relacionado ao preparo da equipe, a segurança do paciente e profissional, a valorização do trabalho do enfermeiro e ao cuidado qualificado/de excelência para o indivíduo acometido por DCV. Segue as falas elucidativas:

[...] eu vejo que teve melhora, claro não o que a gente espera não aqueles cem por cento que se espera de uma assistência de excelência, mas tem tido frutos sim. (EE2)

[...] a gente sempre colocava a necessidade de o profissional ter treinamento, para poder cobrar do profissional o conhecimento em relação ao paciente, e a agora graças a Deus tem algumas coisas que dá [para cobrar], porque a qualidade do profissional é daquele que age conforme o conhecimento. Então

acho que tem que cobrar agora, por que quando eu estava na unidade tinha muita gente deficiente de conhecimento, tu tinhas que realmente estar em cima, em tudo. (EE6)

É uma emergência sim, a necessidade desse profissionalismo, de melhorar o nosso cuidado, a nossa atenção, é o básico que está faltando. Precisa mostrar a rotina propriamente dita, sem isso a gente não vai conseguir mostrar um bom atendimento. (EG5)

É segurança, é atitude, uma equipe treinada é a primeira coisa para a segurança do paciente, é qualificação do teu trabalho, é ver um jardim florescendo, é uma coisa maravilhosa. Saber que o paciente está lá e tudo vai acontecer de melhor para ele, que tudo vai correr cem por cento, é maravilhoso, é segurança [...] (EE8)

Meu Deus! Para mim [a educação permanente] é para ter o cuidado de excelência, é ter uma equipe bem treinada para o paciente sair cem por cento [...] (EE1)

A segunda subcategoria “Emergindo necessidades de novas conformações institucionais para favorecer a gestão das práticas de educação permanente” apresenta as considerações dos profissionais como indicativos para mudanças necessárias às práticas de educação na instituição, ou seja, novas formas de promover e gerenciar práticas de educação no trabalho que vão ao encontro das necessidades dos profissionais como também da lógica da educação permanente em saúde. Os profissionais ressaltam que é inviável esperar resultados diferentes tendo as mesmas atitudes frente aos problemas enfrentados.

Dentre as ações necessárias para facilitar a gestão das práticas de educação permanente na instituição está a maior divulgação e estímulo para participação nas práticas de educação oferecidas na instituição, a discussão com profissionais da assistência para saber as necessidades de

aperfeiçoamento e procurar trabalhar temas de interesse do momento no sentido de tornar o aprendizado significativo para o profissional, que as práticas ocorram no horário e ambiente de trabalho facilitando a relação entre teoria e prática, como também a participação do profissional, e por fim surge a emergência de novos modelos de educação no trabalho que considerem a lógica da educação permanente em saúde. Demonstrado pelas falas:

[...] não divulgam tanto assim, só dão um papelzinho e a chefia cola no mural e daí ela diz: Oh gente tem curso. Mas poderia ser: Veja pessoal tem um curso legal assim, assim. Fazer propaganda do curso [...] (EA7)

[...] uma das estratégias eu acho é ver qual a dificuldade que eles [profissionais] têm para trabalhar, fazer um levantamento, eu acho bem importante, porque tu já vais começar a trabalhar em cima de uma dificuldade, tu vais estar dando importância para uma dificuldade que ele tem, porque quando um funcionário vê que tu destes atenção para aquilo que ele falou, eu acho que fica muito mais fácil trabalhar. (EA2)

[...] quem faz o curso está longe da assistência, então ele vai programar que daqui a dois anos vai fazer um curso de eletrocardiograma, não importa precisa-se de curso de eletrocardiograma ou não. Ou daqui um mês e meio vou fazer um curso sobre arritmia, só que nós estamos nessa época falando mais de infarto, mais de infarto agudo do miocárdio do que de arritmia [...] (EE5)

[...] principalmente colocar no horário de serviço, fazer uma escala com cobertura, com mais gente, e ir dividindo as pessoas para que elas possam participar durante o

horário de serviço e participar sem aquela preocupação, de estar no curso, mas estar pensando no que está acontecendo na unidade [...] (EA5)

[...] a educação permanente ela vai dar certo cada vez que ela surgir da necessidade, para mim educação permanente é também isso, não vou dizer que é só, mas acho que ela vai ser mais bem sucedida quando ela surgir da própria necessidade das pessoas [...] (EE8)

[...] para mim educação permanente tem um conceito, você proporcionar determinados cursos não deixa de ser uma educação, não deixa de ser uma informação, uma capacitação, mas de repente não é direcionado ao teu problema, aquilo que realmente você precisa [...] (EG2)

Os profissionais relatam que as práticas de educação permanente devem ser constantes e trabalhar desde o básico, ou seja, desde os protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) institucionalizados. Ressaltam ser preciso gerenciar a participação dos profissionais e criar estratégias de envolvimento, que despertem a participação para que as trocas e reflexões sobre a prática aconteçam. Por fim, relatam que a instituição precisa investir em infraestrutura, materiais e recursos humanos para educação permanente e dispor um setor atuante que seja responsável por estimular e dar suporte aos profissionais em relação às práticas de educação, mesmo que este não seja um setor de treinamento, mas que esteja efetivamente direcionado para as práticas de aprendizado no trabalho. Conforme ilustram os depoimentos:

[...] estar sempre trabalhando essa parte dos nossos POPs, mesmo porque eles são revistos, são atualizados e estão disponíveis no computador [...] por que o que é educação permanente? É você saber como é que está aquela prática diária feijão com arroz. Não é ensinar a pessoa a interpretar

um eletrocardiograma, é importante isso? Lógico que é, mas eu acho que isso não é o feijão com arroz, não é a educação permanente que nós precisamos [...] (EG2)

[...] nós não temos a comissão de educação permanente que na verdade a gente teria que ter uma comissão que iria trabalhar as questões de educação permanente dentro da instituição e até o momento a gente não conseguiu avançar em relação a isso [...] eu acho que a gente não consegue atingir lá o problema, o nó crítico mesmo que tem lá no cuidado, eu acho que tem muito que fazer e trabalhar com as questões diretas do cuidado mesmo, com os profissionais no local de trabalho, que são coisas que a gente já identificou que tem problema. Eu acho que o nosso futuro está no NSP [...] (EG3)

Eu percebo ainda como um desafio [a gestão das práticas de educação permanente] porque é nova para mim essa forma de pensar, de olhar, toda essa colocação que eu fiz em relação ao treinamento não é um conceito formado, é um conceito que vem se formando nas necessidades que eu tenho que responder ao meu redor. Então eu acho que as necessidades aparecem e a gente vai percebendo o que a gente precisa para responder, para sanar essas necessidades [...] eu não via antes outra forma de treinar a não ser essa que estávamos fazendo, agora eu percebo que tem, só que esses locais [onde são realizadas outras formas de treinar] que utilizam essas práticas, eles fazem uso de equipamentos sofisticados, de um grupo maior, de tecnologia a favor deles [...] (EG4)

[...] e a gente busca isso: Como eu vou tocar o meu colega para que ele mude o cuidado? Como tocar ele para ter essa mudança? A maior dificuldade é tocar o profissional. Essa cultura que a gente precisa mudar, o comodismo, o interesse. A pessoa quer tudo isso, mas não quer ir buscar. Mas vai mudar, precisa mudar, às vezes é o tempo de cada um. Demorou para me despertar isso. Hoje está assim e a culpa é nossa, talvez a gente estava esperando um pelo outro. E talvez eu tivesse de ter despertado antes e agora a gente quer que todo mundo desperte junto. (EG5)

O modelo teórico apresentado revela os significados atribuídos por enfermeiros e equipe de enfermagem às relações, interações e associações das práticas de educação permanente em cardiologia identificando possibilidades de atuação para o enfermeiro como gestor do cuidado de enfermagem no sentido de buscar favorecer a gestão das práticas de educação permanente em cardiologia garantindo um cuidado qualificado e seguro ao indivíduo acometido por DCV por meio do conhecimento teórico-prático, da ciência da dinâmica institucional, da interação multiprofissional/interdisciplinar, do envolvimento do usuário e do apoio da instituição.

A seguir são apresentados dois manuscritos como parte dos resultados deste estudo. O manuscrito 1, intitulado *Vislumbrando a gestão das práticas de educação permanente na emergência do cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia* expõe o modelo teórico na íntegra enfatizando os pontos de maior relevância. O manuscrito 2, intitulado *Revelando significados da equipe de enfermagem sobre a educação permanente em um hospital referência cardiovascular* destaca as diferentes percepções da equipe de enfermagem sobre a educação permanente e sobre a função gerencial do enfermeiro neste contexto.

5.1 MANUSCRITO 1: VISLUMBRANDO A GESTÃO DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA EMERGÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM QUALIFICADO EM CARDIOLOGIA⁵

Cintia Koerich⁶

Alacoque Lorenzini Erdmann⁷

RESUMO

Objetivou-se compreender os significados atribuídos por enfermeiros gestores do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por doença cardiovascular às relações, interações e associações da prática da educação permanente em um hospital referência cardiovascular de Santa Catarina. Assim como elaborar um modelo teórico explicativo a partir dos significados atribuídos à luz do pensamento complexo. Estudo qualitativo, que utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como referencial metodológico e como referencial teórico o pensamento complexo proposto por Edgar Morin. Participaram do estudo 22 profissionais, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, que constituíram 3 grupos amostrais. Os resultados revelaram 5 categorias e 11 subcategorias que representam o fenômeno do estudo e revelam que o significado das relações, interações e associações das práticas de educação permanente está relacionado ao preparo da equipe, a segurança do paciente e profissional, a valorização do trabalho do enfermeiro e ao cuidado qualificado/de excelência para o indivíduo acometido por doença cardiovascular. Espera-se uma lógica para educação no trabalho que esteja orientada para a transformação dos serviços de saúde e

⁵Artigo elaborado a partir da dissertação intitulada “Vislumbrando a gestão das práticas de educação permanente na emergência do cuidado qualificado em cardiologia”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2014.

⁶ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Bolsista FUMDES. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado de Enfermagem e Saúde (GEPADES). Florianópolis. Brasil. Endereço: Rua Acelon Pacheco da Costa, 231, apart. 302, bloco B, Itacorubi, Florianópolis. Santa Catarina. CEP: 88134040. Fone: (48)32062456. Email: cintia.koerich@gmail.com.

⁷ Doutora em Filosofia de Enfermagem, Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, Pesquisadora 1A do CNPq, Líder do GEPADES, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: alacoque@newsite.com.br. Este artigo será submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem após aprovação da banca.

comprometida permanentemente com o desenvolvimento de seus trabalhadores, considerando que as mudanças necessárias vão além da necessidade de conhecimentos específicos apontando para mudanças no próprio contexto institucional.

Descritores: Enfermagem. Gestão em saúde. Educação permanente. Serviço Hospitalar de Cardiologia.

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico, em especial na alta complexidade, exige que o profissional de saúde acompanhe a evolução do conhecimento em sua área de atuação. A pesquisa brasileira tem avançado na área cardiológica, e a enfermagem tem contribuído de forma efetiva para esse avanço. A compreensão dos enfermeiros de como a problemática das doenças cardiovasculares se insere no cotidiano da assistência comporta a aplicação de metodologias para prevenção destas doenças, assim como para o cuidado ao indivíduo acometido por doença cardiovascular (DCV), de modo a favorecer a gestão do cuidado de enfermagem (STIPP, 2012).

A gestão do cuidado de enfermagem inclui a capacitação, atualização, revitalização, ou o reconhecimento das aptidões e do desenvolvimento de potenciais dos trabalhadores de enfermagem como uma prática que emerge do trabalho para favorecer melhores práticas de cuidado no contexto institucional. Neste sentido, o enfermeiro tem colaborado para implementação e manutenção de políticas de saúde, tendo potencial para assumir uma postura diferenciada na gestão dos sistemas de saúde (CHAVES; TANAKA, 2012).

A necessidade de novos modelos de gestão nos serviços de saúde suscita discussões acerca de uma gestão mais participativa que integre os trabalhadores de saúde nas discussões, decisões e aperfeiçoamento no trabalho. Assim, o enfermeiro, ao favorecer práticas de educação permanente à equipe possibilita a abertura de novos espaços aos trabalhadores na instituição favorecendo um cuidado mais qualificado (MEDEIROS *et al*, 2010).

O conceito assumido pela Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) é de que a educação permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente ancora-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Ela é realizada no cotidiano de trabalho, a partir dos problemas enfrentados neste ambiente, e leva em consideração os

conhecimentos e experiências que os profissionais já possuem. Propõe que o processo de aprendizagem dos profissionais de saúde se dê a partir da problematização do processo de trabalho e que a formação considere as necessidades de saúde das pessoas e populações, objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009).

Assim pode-se pensar na educação permanente em saúde como instrumento de gestão do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por DCV, sendo possível melhorar a qualidade do cuidado utilizando a educação permanente, ou seja, a partir da implementação de ações que busquem a compreensão da complexidade que envolve as inter-relações humanas, o ambiente de trabalho e o próprio processo de saúde-doença. Considera-se que por meio da análise das vivências de educação permanente se torna possível perceber/compreender as possibilidades e dificuldades existentes no processo de trabalho, assim como, as estratégias, habilidades e atitudes necessárias (STROSCHEIN; ZOCHE, 2011).

Neste sentido, a compreensão humana é vista como essencial para a educação. É preciso compreender igualmente as condições objetivas e subjetivas da natureza humana, isto é, a compreensão exige consciência da complexidade humana. Podemos dizer que para compreender determinado fenômeno é necessário emergir e submergir no contexto da singularidade de cada ser humano e nas complexas relações, interações e inter-relações que o mesmo estabelece consigo, com o meio e com os outros (MORIN, 2011a). Diante do exposto, questiona-se como os enfermeiros gestores do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por DCV experienciam/significam as relações, interações e associações da prática da educação permanente em um hospital referência cardiovascular?

A fim de responder tal questionamento, objetivou-se com este estudo compreender os significados atribuídos por enfermeiros gestores do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por DCV às relações, interações e associações da prática da educação permanente em um hospital referência cardiovascular de Santa Catarina. Assim como elaborar um modelo teórico explicativo a partir dos significados atribuídos à luz do pensamento complexo.

MÉTODO

Estudo qualitativo, o qual utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) (STRAUSS; CORBIN, 2008) como método de coleta a

análise dos dados. Selecionou-se como cenário do estudo uma instituição hospitalar pública de saúde referência cardiovascular para o Estado de Santa Catarina. Os participantes foram escolhidos intencionalmente, considerando o objetivo do estudo e convidados à participar no próprio ambiente de trabalho, sendo exposto o objetivo do estudo e solicitada assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para os que aceitaram participar.

O processo de coleta de dados para a construção da TFD iniciou por meio de uma questão central e ampla: **Como você significa as práticas de educação permanente como enfermeiro gestor do cuidado de enfermagem atuante em uma instituição referência cardiovascular?** A seguir, outras questões derivadas foram dirigidas aos participantes para a exploração dos significados por meio de entrevista em profundidade. As entrevistas foram gravadas com gravador digital de voz, no período entre junho e outubro de 2014.

Foram entrevistados 22 profissionais, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, que constituíram 3 grupos amostrais. O método permite buscar locais, pessoas ou fatos que oportunizem a descoberta dos fenômenos investigados, sem que estes estejam previstos no início do estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O primeiro grupo foi formado por 10 enfermeiros gestores das unidades de internação, também chamados de “chefias de unidades”, representados pelas letras “EE” seguido do número respectivo à ordem da entrevista “EE1”, “EE2” e assim sucessivamente. A partir da análise e levantamento de hipóteses deste primeiro grupo formou-se um segundo grupo amostral composto por 7 profissionais da enfermagem envolvidos com a prática assistencial, sendo 4 enfermeiros e 3 técnicos de enfermagem, representados pelas letras “EA” seguido do número respectivo à ordem da entrevista “EA1”, “EA2” e assim sucessivamente. Após análise dos dados e levantamento de hipóteses deste segundo grupo emergiu a necessidade da composição de um terceiro grupo amostral, constituído de 5 enfermeiros gestores de comissões, núcleos e setores da instituição relacionados neste estudo pelos participantes com as práticas de educação no trabalho/permanente, representados pelas letras “EG” seguido do número respectivo à ordem da entrevista “EG1”, “EG2” e assim sucessivamente.

Os dados foram organizados no software NVIVO¹⁰. Assim elaborou-se um modelo teórico explicativo a partir dos significados mostrados nas categorias e categoria central e suas respectivas interrelações, emergindo dos dados o fenômeno do estudo. Para estruturação dos resultados utilizou-se o modelo paradigmático

composto pelos componentes: condições causais, condições contextuais, condições interventoras, interações estratégicas e consequências (STRAUSS; CORBIN, 2008). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o parecer nº 653.884/2014, sendo respeitados os aspectos éticos da resolução 466/2012.

RESULTADOS

O fenômeno “Vislumbrando a gestão das práticas de educação permanente na emergência do cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia” é composto por 5 categorias e 11 subcategorias apresentadas e discutidas a seguir.

Identificando necessidades de conhecimento e aperfeiçoamento profissional em cardiologia a fim de promover a segurança do paciente

A categoria representa a condição causal para o fenômeno do estudo. A primeira subcategoria “Observando que a segurança do paciente depende do preparo do profissional” revela a necessidade de treinamento e aperfeiçoamento profissional como princípio para garantia da segurança do paciente. Os profissionais relatam que o conhecimento promove segurança tanto para o profissional quanto para o paciente, considerando o quantitativo de profissionais novos na instituição, recém-contratados por concurso público, e a carência de atualização dos profissionais já atuantes, conforme falas a seguir:

[...] a gente fica pensando: Meu Deus! No que a gente está falhando? No que a gente pode melhorar? Porque tanto funcionário antigo, quanto novo, todos têm dificuldades em questões diferentes [...] (EE1)

[...] eu não consigo entender uma unidade de saúde científica e segura sem o conhecimento na área, que está sendo utilizado em tudo que a gente está fazendo. Se o médico não consegue dar um diagnóstico certo, ele não consegue tratar o paciente. Se a gente não entende o porquê das nossas práticas, a gente vai cometer erros. (EG4)

Na segunda subcategoria intitulada “Reconhecendo que o conhecimento em cardiologia está em constante mudança” os profissionais solicitam e valorizam a atualização do conhecimento em cardiologia, diante da velocidade dos avanços técnico-científicos na área. Os enfermeiros descrevem como essencial o aperfeiçoamento em cardiologia, considerando sua formação generalista, e reconhecem que o enfermeiro com conhecimento atualizado tem maior subsídio para discutir com a equipe, gerenciar as práticas de educação permanente e consequentemente beneficiar o paciente, como elucida a fala a seguir:

[...] a área da cardiologia é uma área que está sempre avançando, então tem vários procedimentos novos que às vezes a gente não sabe explicar muito bem para o paciente [...] Então como é específico, a gente precisa estar sempre se atualizando para estar prestando orientações certas para os pacientes e para a equipe. (EA5)

A terceira subcategoria intitulada “Percebendo déficits na formação do profissional de saúde” traz a discussão em torno da formação dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem. Ressalta uma queda na qualidade do ensino técnico e superior, com professores pouco capacitados e alunos sem muito interesse no aprendizado. Evidencia a necessidade de maior interação entre teoria e prática ainda na formação, para que os alunos consigam fazer as relações pertinentes no processo formativo e após, na atuação profissional, considerando que chegam ao mercado de trabalho notoriamente inseguros em relação à sua atuação carecendo de maior empenho da instituição hospitalar no sentido de favorecer o aperfeiçoamento desses profissionais. Como demonstra a fala:

[...] eu percebo que hoje, mais do que quando eu me formei, o enfermeiro está chegando muito cru no mercado de trabalho, muito mão na cabeça. Acho que tem gente boa que não foi estimulada e cobrada o suficiente pra se sentir assim, se perceber assim [...] então como o local onde tu vai ficar durante quatro anos te coloca no

mercado de trabalho sem tu desenvolver uma técnica simples, achar que tu desenvolver isso num boneco é suficiente, ou achar que tu ler uma descrição da técnica em livros é suficiente para tu vim e assumir o papel de líder de equipe, onde tu tens que repassar o conhecimento e tu nunca praticastes aquilo ali [...](EG4)

Assim, afirmam que o profissional quando atualizado tende a visualizar e aceitar melhor propostas de mudança na prática. Comentam ainda a necessidade do resgate da ética na formação de forma que os profissionais se sensibilizem com o cuidado ao paciente.

Revelando as especificidades do cenário e o apoio incipiente da instituição referência frente as prática de educação no trabalho

A categoria retrata as condições contextuais onde o fenômeno acontece. A primeira subcategoria “Destacando as especificidades de cada cenário de cuidado na instituição” mostra que mesmo sendo uma instituição referência em cardiologia, ou seja, que trabalha com uma determinada especialidade, cada unidade dentro da instituição possui suas especificidades em relação ao conhecimento necessário para atuação, estabelecendo relação de interdependência com a instituição. Os profissionais relatam ser importante conhecer a instituição como um todo a fim de entender melhor as necessidades de cada setor, em especial quando se trata da educação permanente que precisa ser institucional, conforme elucida a fala:

[...] às vezes a gente não conhece a instituição que a gente trabalha [...] eu acho que isso é uma coisa que poderia se trabalhar: Oh gente no centro cirúrgico se faz tal coisa. Porque a gente sabe que se faz cirurgia, mas como é que faz? Quantas cirurgias por dia? Quantas pessoas trabalham lá dentro? Como é que trabalham essas pessoas? Não tem, então precisa mostrar isso. (EA2)

Na segunda subcategoria “Percebendo o apoio incipiente da instituição referência para a educação permanente” os profissionais revelam não perceber outro incentivo da instituição para educação a não ser a progressão funcional, que seria um benefício financeiro concedido pela Secretaria Estadual da Saúde por horas de curso realizadas pelo servidor e que acaba favorecendo a participação. Assim, tal incentivo também é utilizado pelo setor de treinamento da instituição para convencer os profissionais a participarem das práticas de educação oferecidas, como demonstra o depoimento:

Porque até eles mesmos [setor de treinamento] falam: Oh vale para a progressão funcional. Até eles mesmos batem nessa tecla: O curso tem que ter mais de vinte horas porque se for menos horas ninguém vai fazer, porque não vale para progressão [...] eles mesmos têm essa visão voltada para a progressão [...] (EA1)

Na instituição, o setor de treinamento é constituído e coordenado por uma enfermeira cujas atribuições estão voltadas para organização de cursos/palestras/treinamentos, pontuais e isolados, além da coordenação de estágios. Desta forma é possível identificar nos relatos dos profissionais uma confusão ao utilizarem os termos educação permanente, educação continuada, educação em serviço, treinamentos, cursos e palestras como sinônimos. No entanto, percebem que tais práticas isoladas não respondem mais as necessidades da instituição, dos profissionais e dos usuários do serviço. Conforme relato do participante:

[...] para mim palestra tem um enfoque, você aprende um pouco algo novo ou não novo, revisa o que tu já sabes, mas é uma palestra, isso para mim não é educação permanente. Educação permanente é ver como você está fazendo e arrumar, e fazer com que você melhore a cada dia, por que a tua necessidade é diferente do outro. [...] Daí as pessoas vão ali e ficam ali paradas. Eu acho que esse processo é que não ajuda muito, você colocar um grupo no anfiteatro e dizer assim: Entendeu?(EG2)

Apesar do setor de treinamento promover ações de educação para todos os profissionais da equipe multiprofissional atuantes na instituição, a maior parte das ações são direcionada à enfermagem.

O apoio da instituição para o setor de treinamento é considerado pequeno, e a atuação deste fragilizada, considerando que a enfermeira responsável pelo setor, a pedido da direção, assumiu outras funções que a impedem de dedicar-se integralmente às práticas de educação. Assim, apesar de ter conhecimento sobre a existência de um setor de treinamento na instituição, a maioria dos profissionais desconhece seu funcionamento e observa dificuldades na sua atuação, o que acaba dificultando as relações e interações deste setor com o restante da instituição, resultando em falha de comunicação e suporte para iniciativas de mudança. Segue a fala ilustrativa:

Então o que acontece e que tem acontecido historicamente dentro da instituição? A pessoa que está no treinamento é uma pessoa que a instituição acaba delegando muitas coisas e ela acaba muitas vezes sobrecarregada, e isso é histórico dentro da instituição [...] (EG3)

Neste contexto, cabe ressaltar também, a pouca interação entre a instituição hospitalar e as instituições formadoras, considerando o raro envolvimento dos profissionais com os alunos em estágio e o baixo retorno em relação aos resultados das pesquisas realizadas na instituição.

Percebendo potencialidades e fragilidades para gestão das práticas de educação permanente na instituição

A categoria apresenta as condições interventoras ao fenômeno. Na primeira subcategoria “Percebendo atitudes gerenciais que interferem nas práticas de educação permanente” os profissionais comentam que sentem o apoio e incentivo da gerência de enfermagem em relação às práticas de educação oferecidas na instituição, à participação em congressos, assim como para iniciativas de mudança. No entanto, relatam que as chefias de unidade demonstram resistência para liberar o profissional a participar das práticas de educação oferecidas pela instituição no horário de trabalho devido à quantidade restrita de funcionários na escala e grande demanda de atribuições

principalmente em setores mais críticos. Neste sentido, os profissionais questionam se existe um entendimento por parte das chefias em relação à importância da educação no trabalho. Seguem os relatos:

Com certeza tem muitas pessoas também que queriam participar e não são liberadas porque tem que estar na assistência, isso também envolve a questão de a gente não ter a preocupação de melhorar a escala de trabalho para liberar os profissionais. Não tem essa preocupação. Eu não sei dizer se não existe possibilidade, ou se não existe interesse porque vai dar trabalho [...](EG4)

Os profissionais relatam a necessidade de maior supervisão do enfermeiro, como gestor do cuidado de enfermagem, de maneira que seja possível identificar as necessidades de aperfeiçoamento profissional e orientação na equipe. Ainda revelam que grande parte dos enfermeiros espera que o setor de treinamento tome a iniciativa em relação às práticas de educação no trabalho. Evidencia-se assim, a necessidade de maior participação dos enfermeiros nas práticas de educação como sujeitos ativos e comprometidos com o processo de formação/atualização profissional, considerando o fato de terem atribuições éticas e legais referentes à supervisão e orientação da equipe de enfermagem, conforme revela a fala:

Ele tem obrigação ética e legal em relação a isso, está na lei do exercício profissional e no código de ética dos profissionais de enfermagem. Ele é o responsável por avaliar as condições técnicas de cada trabalhador na sua equipe, porque mesmo que ele só venha para cumprir o horário, ele tem uma equipe, ele faz parte dessa equipe e ele é o responsável. (EG3)

Os profissionais também apontam o pouco envolvimento entre gestores de setores “chaves” na instituição, e destes com as unidades assistenciais, no sentido de favorecer as práticas de educação permanente. Visto que o apoio e interação de setores, como a farmácia, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), o Núcleo de

Segurança do Paciente (NSP) e o setor de treinamento são essenciais para que as práticas de educação se efetivem. Segue o depoimento do participante:

[...] setores chaves que teriam que estar mais atuantes e não estão. A gente se frustra. Às vezes não conseguem dar conta, muitos dizem que a resposta é essa, ou querem abraçar muita coisa e não conseguem. Poderiam estar proporcionando mais informações e conhecimentos e não acontece. Às vezes a gente levanta essa questão, tenta levantar a poeira. Às vezes a pessoa fica num setor só, não consegue ver a necessidade de toda a instituição, não vai buscar essa necessidade. A gente conversa com cada pessoa, e eles relatam: Eu preciso de tal pessoa, se eu tivesse o suporte desse setor eu poderia estar fazendo um trabalho muito melhor [...] (EG5)

A segunda subcategoria “Ressaltando atitudes profissionais que favorecem/dificultam a gestão das práticas de educação permanente” apresenta como fatores que favorecem a gestão das práticas de educação permanente a tentativa de inserção do usuário no processo de cuidado, a partir de grupos de orientação, sendo notória a mudança no perfil deste, demonstrando-se mais crítico, questionador e participativo. Assim como, a disposição de profissionais comprometidos com o trabalho, com iniciativa e boa interação com a equipe, que compreendem a importância de prestar um cuidado de qualidade ao indivíduo acometido por DCV, e o olhar do profissional para o cuidado integral, visto que, apesar de a cardiologia ser uma especialidade, os profissionais comentam que o paciente precisa ser visto na sua totalidade, isto é, o cuidado deve contemplar todas as dimensões deste ser humano complexo em seu processo de saúde-doença. Elucidado pelas falas:

[...] eu vejo que o perfil do usuário mudou muito nos últimos anos, antigamente nós tínhamos o paciente paciente, hoje a gente tem o paciente impaciente. Então hoje ele quer saber qual é a droga que ele está

tomando, ele quer saber por que ele tomou uma medicação e deu reação, ele é uma pessoa que questiona e eu acho que a gente tem mais é que ser questionado [...] (EE3)

[...] eu acho que agora o hospital está num momento que tem servidores que estão preocupados com isso [com a qualidade do cuidado], é bem bacana, dá discussão, está num momento de crescimento [...] (EG1)

Por outro lado, os participantes revelam que o perfil e a personalidade dos profissionais podem interferir na sua atuação e consequentemente na qualidade do cuidado prestado. Afirmam que a falta de interesse, compromisso e responsabilidade de alguns profissionais acabam dificultando a adesão às práticas de educação oferecidas pela instituição e que questões inerentes ao funcionalismo público, ao modelo hegemônico, aos conflitos interpessoais e dificuldades de interação com a equipe são fatores que prejudicam a gestão das práticas de educação permanente e consequentemente a melhoria da qualidade da assistência. Segue o relato elucidativo:

[...] eu penso muito na personalidade das pessoas antes de pensar no profissional. Eu acho que quem escolhe a enfermagem tem que estar ciente do compromisso que é o cuidar. Não é apenas vir aqui e fazer o seu trabalho mecanicamente, é cuidar realmente. (EE2)

Diante deste cenário, é destacada a forte influência do modelo econômico capitalista sobre os profissionais, fazendo com que demonstrem mais preocupação com a remuneração do trabalho do que com o desenvolvimento do trabalho em si. Revelam que a interação da equipe depende da atitude dos profissionais envolvidos, tendo relação com a comunicação, abertura e disponibilidade para uma relação dialógica.

Buscando estratégias para gestão das práticas de educação permanente diante da adesão incipiente às praticas tradicionais

A categoria representa as interações estratégicas que buscam responder o fenômeno. Na primeira subcategoria “Gerenciando informações e conhecimentos no cotidiano de trabalho” os enfermeiros revelam que diante do cenário vivenciado na instituição, onde é percebida a baixa qualificação e a adesão incipiente dos profissionais às práticas de educação oferecidas, costumam utilizar espaços informais de reunião da equipe para trocar conhecimentos e informações, no sentido de discutir e buscar soluções diante dos problemas enfrentados no dia a dia de trabalho, conforme demonstra a fala:

[...] a gente faz no próprio ambiente de trabalho na verdade. Se tem alguma intercorrência com o paciente, a gente resolve aquela intercorrência, o paciente vai para a emergência, a gente chega e vê os pontos que poderia ser melhorado, o que a gente poderia ter agilizado naquele momento para o paciente, o que falhou com a equipe. Isso a gente sempre tem feito. (EE10)

Relatam que os cursos/palestras são importantes no sentido de complementariedade, pois trazem a teoria, mas reforçam ser no dia a dia com a prática, que percebem as fragilidades e que ensinam e aprendem.

Os profissionais utilizam ainda grupos já institucionalizados, ou ainda em consolidação, como espaços de troca de conhecimentos, informações e reflexões sobre a atuação diante da necessidade de melhorar a qualidade do cuidado, como a reunião mensal dos enfermeiros, onde são discutidos casos clínicos e outras demandas, o grupo de curativos, formado recentemente por iniciativa de alguns enfermeiros assistenciais, os grupos multidisciplinares de orientação aos pacientes, a própria passagem de plantão, o NSP, as comissões internas, como a Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) e a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes (CIHDOTT), conforme relato:

[...] o grupo de curativos também foi um avanço que a gente teve, porque hoje a gente conseguiu montar um grupo. Porque antes os

enfermeiros não participavam e hoje eu tenho enfermeiro da emergência, das unidades, da coronária. Tem uma enfermeira que está liderando, e está fazendo um excelente trabalho, e a gente mudou um pouco essa realidade [...] (EG3)

Algumas iniciativas de enfermeiros foram consideradas novas estratégias de educação no trabalho, por utilizar métodos como a simulação e o treinamento *in loco*, muitas vezes realizados em parceria com representantes de empresas que prestam serviços para a Secretaria Estadual de Saúde, e que tiveram boa aceitação dos profissionais, constatado pela adesão e repercussão positiva na prática. Segue o depoimento:

[...] essa foi a primeira vez que teve [treinamento in loco para funcionários novos] e foi surpreendente, porque eles não chegaram tão assustados. Elas [enfermeiras] levaram o monitor de transporte, o simulador mostrando todas as ondas de eletrocardiograma, de saturação [oxigênio], e tudo que se faz desde como se arruma um box, como é que se recebe o paciente, como se monta uma pressão venosa central no monitor, sabe aquela coisa de laboratório mesmo. Então foi maravilhoso, se todas às vezes a gente conseguisse fazer isso seria ideal. (EE1)

Observa-se ainda que muitos profissionais optam pela Educação à Distância (EAD) diante da comodidade e da pouca oferta de atualização na instituição. Embora alguns enfermeiros sejam contrários a essa modalidade de aperfeiçoamento, outros incentivam os profissionais a utilizarem a internet para este fim no próprio ambiente e horário de trabalho.

Na segunda subcategoria “Destacando o núcleo de segurança do paciente como uma iniciativa de gestão das práticas de educação permanente” os profissionais demonstram uma expectativa positiva em relação às iniciativas do NSP no sentido de mudança na prática diante da atuação incipiente do setor de treinamento. O NSP é formado por duas

enfermeiras e outros profissionais da equipe multidisciplinar, que buscam implementar protocolos de segurança do paciente propostos pelo Ministério da Saúde, objetivando a mudança de cultura institucional. Apesar de ter uma comissão específica, os profissionais ressaltam que todos podem participar do núcleo aderindo às notificações dos efeitos adversos. Seguem os depoimentos:

[...] eu acho que é muito bom o núcleo porque ele vai contribuir para a gente ter uma assistência mais segura. (EA6)

[...] todo mundo faz parte do núcleo, acontece que tem uma comissão, tem as enfermeiras que são as responsáveis, mas todo mundo pode participar, todo mundo pode notificar [...] (EA7)

Os profissionais percebem o NSP como espaço para práticas de educação permanente na instituição, considerando que o núcleo coleta informações de efeitos adversos por meio de fichas de notificação disponibilizadas nas unidades assistenciais e diante da análise dos resultados das notificações busca dar um retorno aos profissionais na tentativa de resolução de problemas, normalmente utilizando treinamentos *in loco*. Segue o relato:

[...] elas já instituíram a ficha de notificação, notificação de queda, de flebite, de soroma, qualquer evento adverso que aconteceu com o paciente, erro de medicação, úlcera de pressão, saída de sonda não intencional, elas já passaram para a gente, explicaram como é que se usa, e a gente já vem preenchendo acho que há uns três meses, e já tivemos retorno quanto a isso, elas já apresentaram uma estatística [...] (EA5)

A estratégia de educação no trabalho utilizada pelo NSP se dá em decorrência da observação da não adesão dos profissionais às práticas tradicionais oferecidas pela instituição, que se caracterizam pela instrumentalização e atualização individual. Os profissionais identificam que o núcleo gerencia as práticas de educação no trabalho utilizando

estratégias que precisam ser adotadas pelo setor de treinamento da instituição, considerando que já identificam mudanças no cenário de trabalho apesar do pouco tempo de atuação do núcleo.

Desvelando outras configurações para gestão das práticas de educação no trabalho a fim de alcançar um cuidado de excelência

A categoria apresenta as consequências das ações para o fenômeno. Na primeira subcategoria “Buscando a qualificação profissional para atingir o cuidado de excelência” os profissionais observam que houve uma melhora na qualidade do cuidado prestado na instituição, porém não como desejado, sendo esta uma emergência na instituição. Revelam que o significado das relações, interações e associações das práticas de educação permanente está relacionado ao preparo da equipe, a segurança do paciente e profissional, a valorização do trabalho do enfermeiro e ao cuidado de enfermagem qualificado/de excelência para o indivíduo acometido por DCV. Seguem as falas elucidativas:

É uma emergência a necessidade desse profissionalismo, de melhorar o nosso cuidado, a nossa atenção, é o básico que está faltando. Precisa mostrar a rotina propriamente dita, sem isso a gente não vai conseguir mostrar um bom atendimento. (EG5)

Meu Deus! Para mim [a educação permanente] é para ter um cuidado de excelência, é ter uma equipe bem treinada para o paciente sair cem por cento [...](EE1)

A segunda subcategoria “Emergindo necessidades de novas conformações institucionais para favorecer a gestão das práticas de educação permanente” apresenta as considerações dos profissionais como indicativos para mudanças necessárias às práticas de educação na instituição, ou seja, novas formas de promover e gerenciar práticas de educação no trabalho que vão ao encontro das necessidades dos profissionais como também da lógica da educação permanente em saúde. Os profissionais ressaltam que é inviável esperar resultados diferentes tendo as mesmas atitudes frente aos problemas enfrentados.

Dentre as ações necessárias para facilitar a gestão das práticas de educação permanente na instituição está a maior divulgação e estímulo para participação nas práticas de educação oferecidas na instituição, a discussão com profissionais da assistência para saber as necessidades de aperfeiçoamento e procurar trabalhar temas de interesse do momento no sentido de fazer o aprendizado significativo para o profissional, que as práticas ocorram no horário e ambiente de trabalho facilitando a relação entre teoria e prática, como também a participação do profissional, e por fim surge a emergência de novos modelos de educação no trabalho que considerem a lógica da educação permanente em saúde. Segue o depoimento:

[...] a educação permanente ela vai dar certo cada vez que ela surgir da necessidade, pra mim educação permanente é também isso, não vou dizer que é só, mas acho que ela vai ser mais bem sucedida quando ela surgir da própria necessidade das pessoas [...] (EE8)

Os profissionais ressaltam ser preciso gerenciar a participação dos profissionais e criar estratégias de envolvimento, que desperte a participação para que as trocas e reflexões sobre a prática aconteçam. Relatam que as práticas de educação permanente devem ser constantes e trabalhar desde o básico, ou seja, desde os protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) institucionalizados, conforme ilustra o depoimento:

[...] estar sempre trabalhando essa parte dos nossos POPs, mesmo porque eles são revistos, são atualizados e estão disponibilizados no computador [...] Por que o que é educação permanente? É você saber como está aquela prática diária feijão com arroz. Não é ensinar a pessoa a interpretar um eletrocardiograma, é importante isso? Lógico que é, mas eu acho que isso não é o feijão com arroz, não é a educação permanente que nós precisamos [...] (EG2)

Por fim evidenciam que a instituição precisa investir em infraestrutura, materiais e recursos humanos para educação permanente

e dispor um setor atuante que seja responsável por estimular e dar suporte aos profissionais em relação às práticas de educação, mesmo que este não seja um setor de treinamento, mas que esteja efetivamente direcionado para as práticas de aprendizado significativo.

DISCUSSÃO

Os resultados demonstram a necessidade de conhecimento atualizado na área de cardiologia diante da evolução do conhecimento e para garantia da segurança do paciente. Pode-se afirmar que o conhecimento está presente na autoprodução permanente da sociedade que se desenrola a partir das interações entre os indivíduos, comportando sempre uma dimensão cognitiva, sendo uma reconstrução de um conhecimento prévio (MORIN, 2011). O conhecimento profissional atualizado é intimamente relacionado à qualidade do cuidado pela organização mundial da saúde (OMS), e a segurança do paciente uma importante dimensão da qualidade do cuidado, visto que as pessoas tem o direito de terem o risco de danos à saúde reduzidos a um mínimo aceitável (RUNCIMAN; HIBBERT; THOMSON, 2009).

Observa-se na maioria dos relatos dos profissionais o enfoque nas práticas tradicionais de educação, caracterizadas como educação continuada, sendo este o modelo utilizado na instituição pelo setor de treinamento, apesar de visualizarem e aprovarem iniciativas que vão ao encontro da lógica da educação permanente em saúde. A PNEPS conceitua a educação continuada como práticas descontínuas, com enfoque disciplinar e que utilizam o modelo escolar centrado na atualização de conhecimentos (BRASIL, 2009).

As formas tradicionais de educação, como a educação bancária, caracterizada pelo ato de depositar conhecimentos, ainda estão presentes na atualidade e revelam conflitos de superação entre os envolvidos no processo, sendo que ao mesmo tempo em que desenvolvem processos tradicionais de ensino-aprendizado reconhecem essencial ultrapassar o papel histórico e a cultura da tendência tradicional (CANEVER *et al.*, 2013). Os indivíduos podem acomodar conhecimentos emergentes a uma velha estrutura mental a qual estão habituados, porém para não cair no reducionismo tendem a se autorregular automaticamente (MORIN, 2010).

Diante da formação generalista, o enfermeiro volta-se ao domínio da especialidade, presente no contexto hospitalar no qual está inserido, sendo uma instituição especializada, na qual o modelo biomédico ainda permanece dominante. No entanto, procura garantir ao paciente um

cuidado integral que vá além da patologia cardiovascular. Evidencia-se a necessidade de maior interação entre teoria e prática ainda na formação, diante da constatação de profissionais pouco preparados para atuação profissional.

O cuidado integral se refere ao reconhecimento do paciente como ser humano que possui uma história de vida, sentimentos e necessidades, e não apenas se resume a mais um número ou doença. Para isso é preciso que o profissional da enfermagem se coloque no lugar do paciente compreendendo suas particularidades e atuando como um mediador no processo de comunicação (LEITE *et al.*, 2014).

Neste sentido, um grande desafio na formação do enfermeiro está na dicotomia entre a necessidade de formar profissionais generalistas e, por outro lado, ter competência e visibilidade para atender as especializações que emergem no cenário da atenção à saúde. Em estudo sobre a formação de enfermeiros, profissionais recém-formados demonstraram contradições entre a formação teórico-prática e a *práxis* profissional, o que evidencia a necessidade de fortalecer estratégias pedagógicas que promovam esta aproximação (CORBELLINI *et al.*, 2010).

A interação da instituição hospitalar com as instituições formadoras também é pequena, considerando o raro envolvimento dos profissionais com os alunos em estágio e o baixo retorno em relação aos resultados das pesquisas afetando o desenvolvimento das práticas de educação permanente como também o processo formativo. A integração entre ensino, pesquisa e serviço pode ser considerada uma estratégia para aperfeiçoar modelos de formação, de educação permanente e de gestão do conhecimento em saúde, de forma que novos investimentos são necessários para que esta integração aconteça, considerando os conflitos de interesse existentes (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013).

Os profissionais relatam ser importante conhecer a instituição como um todo considerando as especificidades de cada setor e a educação permanente que precisa ser institucional. Assim, pode-se afirmar que a parte não está somente no todo, o próprio todo está, de certa maneira, presente na parte que se encontra nele (MORIN, 2011b). Aplicando no cenário do estudo, as unidades de internação e os profissionais que lá atuam não fazem apenas parte da instituição, mas a instituição, sua cultura e conhecimentos incorporados estão presentes em cada uma dessas unidades de cuidado, como também nos seres humanos que lá atuam.

Apesar de ser evidenciado que o setor de treinamento objetiva oferecer cursos para toda a equipe multiprofissional, observa-se que a

maioria das ações de educação oferecidas estão direcionadas para a equipe de enfermagem, preservando a fragmentação por disciplinas e dificultando a interação entre os profissionais. A interdisciplinaridade “se caracteriza pela intensidade das trocas entre especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas” superando as fronteiras disciplinares (MORIN, 2011b). A educação permanente pressupõe a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade do trabalho em saúde, carecendo desta forma para seu fortalecimento, da articulação e integração dos processos de trabalho e trabalhadores (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

A falta de planejamento dos enfermeiros para garantir a participação dos profissionais nas práticas de educação oferecidas pela instituição aparece como um desafio gerencial, sendo questionado o entendimento destes profissionais em relação à importância das práticas de educação no trabalho. Assim, espera-se maior iniciativa dos enfermeiros em relação às práticas de educação no trabalho, relacionadas à supervisão da equipe como essencial para identificar as necessidades de educação e orientação.

Em estudo realizado com enfermeiros assistenciais e gerentes, a ação de supervisão é entendida como parte do processo de trabalho do enfermeiro e mencionada como forma de detecção de necessidades que demandam ações educativas para os trabalhadores de nível médio. Embora no estudo apenas um enfermeiro se refira à supervisão como forma de interação e orientação da equipe (MONTANHA; PEDUZZI, 2010), neste estudo boa parte dos enfermeiros utilizam o dia a dia de trabalho para discutir a prática profissional diante da identificação de problemas.

Desta forma, a supervisão é considerada um instrumento gerencial de extrema importância quando realizada com caráter pedagógico e de cooperação, pois permite o acompanhamento, avaliação e educação da equipe de enfermagem tendo resultado direto no cuidado de excelência (SANTIAGO; CUNHA, 2011). A ação de educar a equipe de enfermagem é uma prática gerencial do enfermeiro que assume características peculiares de acordo com as especificidades do cenário de atuação, assim ao educar a equipe o enfermeiro assume a função de facilitador na aquisição e compartilhamento do saber, na atualização do profissional e promove a capacidade de auto-organização, o que contribui para um cuidado de enfermagem mais qualificado (STANLEY *et al.*, 2008).

O envolvimento do usuário, o cuidado integral, as iniciativas profissionais, a motivação e a interação entre os setores e profissionais

foram relatados como essencial para a efetivação das práticas de educação permanente. Assim, a interação dos profissionais da enfermagem por meio da escuta e do diálogo vão ao encontro da lógica da educação permanente em saúde, uma vez que, o centro do processo educativo dos trabalhadores são as necessidades de saúde dos usuários e a intenção é a transformação das práticas de saúde e de enfermagem na perspectiva da integralidade (PEDUZZI *et al.*, 2009).

Por outro lado, a falta de perfil, interesse, comprometimento, responsabilidade, os conflitos interpessoais e as questões inerentes ao funcionalismo público e ao modelo hegemônico, são fatores que dificultam a adesão às práticas de educação permanente. Pode-se afirmar que os serviços de saúde são sistemas complexos adaptativos, devido a capacidade de auto-organização de diferentes fenômenos que interagem entre si e com o ambiente. Neste complexo ambiente de relações e inter-relações somente o aprendizado significativo é capaz de motivar a aderência dos trabalhadores aos processos de transformação do cotidiano de trabalho e instituição (AMESTOY *et al.*, 2010).

Os participantes evidenciam que a interação da equipe depende da atitude dos profissionais envolvidos, tendo relação com a comunicação, abertura e disponibilidade para uma relação dialógica. Neste contexto, a educação permanente concorda com o discurso de Paulo Freire ao apontar o diálogo enquanto essência da educação e como prática de liberdade que consiste em um fenômeno humano, o qual não deve ser reduzido ao simples depósito de ideias de um sujeito no outro, pois representa o encontro entre os homens, para problematizar situações e modificar a realidade (PEIXOTO *et al.*, 2013). A dialógica articula ideias que parecem antagônicas e ao mesmo tempo complementares, possibilitando a religação de diferentes saberes (MORIN, 2010).

Diante da adesão incipiente dos profissionais às práticas e educação oferecidas pela instituição, os enfermeiros buscam estratégias para gerenciar a educação permanente utilizando espaços informais ou grupo formais já institucionalizados, ou em consolidação, para discussão e orientação no próprio ambiente laboral na tentativa de buscar problematizar questões inerentes ao processo de trabalho. A autonomia dos indivíduos é inseparável da dependência do meio ambiente, sendo que buscam neste ambiente energia, informação e organização (MORIN, 2010).

O estudo de Lino *et al.* (2009) corrobora com os resultados aqui apresentados quando destaca não haver um planejamento institucional em relação à educação permanente, fazendo com que os enfermeiros

utilizem momentos durante o horário de trabalho para participar do processo educativo, como reuniões formais, para discussão de casos clínicos e organização do serviço, assim como a própria passagem de plantão. Alguns indivíduos buscam dialogar com o novo e avançar transformando o conhecimento, como também o diálogo evolui para construção de novas estruturas cognitivas de explicação da realidade (MORIN, 2010).

Essa necessidade de buscar recursos para promover práticas de educação permanente é citada no estudo de Jesus *et al.* (2011) o qual indica que esse processo deve se pautar na concepção da educação dialógica e transformadora objetivando a melhoria da atuação profissional e conseqüentemente a qualidade do cuidado de enfermagem, considerando que a mudança nas práticas institucionalizadas está diretamente relacionada à mudança nas ações educativas. Assim para que as ações educativas resultem em mudança na prática se torna essencial o envolvimento do enfermeiro no processo de educação permanente de modo a adquirir/contribuir com habilidades e competências necessárias ao cenário de saúde (JESUS *et al.*, 2011).

O NSP é apontado pelos participantes do estudo como um espaço para práticas de educação permanente, considerando que utilizam estratégias de educação como a simulação e o treinamento *in loco*, diante da problematização da prática a partir das notificações de efeitos adversos, favorecendo a interação dos profissionais e tendo como objetivo a mudança da cultura institucional. Apesar de ser um processo recente na instituição possui a perspectiva de ser permanente diante da aceitação dos profissionais à dinâmica utilizada. O NSP é uma instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, previsto pela resolução 36/2013 que tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

A educação permanente pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação ou treinamento, porém, nunca o contrário. Assim os treinamentos e capacitações se caracterizam como práticas de educação permanente quando utilizados como estratégia sustentável, podendo ter começo e fim e ser direcionadas a grupos específicos de trabalhadores, desde que estejam articuladas a uma estratégia geral de mudança institucional (BRASIL, 2009). Nesse sentido, o processo de educação dos profissionais de saúde possui íntima relação com a qualidade do cuidado prestado e a simulação pode contribuir com o processo de ensino aprendizagem auxiliando esse

processo complexo e contínuo, sendo que esta prática estimula o aprendizado, pois a situação se torna visível/real (GÓES *et al.*, 2014).

Os profissionais objetivam a partir das estratégias de educação a qualificação do profissional para um cuidado de excelência, o qual é percebido como uma emergência na instituição, embora com enfoque por vezes tecnicista, essas práticas envolvem a problematização no ambiente de trabalho, discussões, busca de soluções e avaliação dos resultados na prática.

O cuidado qualificado ou a excelência do cuidado no setor saúde tem relação direta com a segurança do paciente e representa um importante desafio na prática profissional. Além de outras atribuições, cabe ao enfermeiro articular, integrar e coordenar a equipe buscando uma organização do trabalho a fim de favorecer a qualidade do cuidado e a minimização de riscos para o paciente (GONÇALVES; ANDOLHE; OLIVEIRA, 2012). Assim, a gestão do cuidado de enfermagem carece de novas abordagens que estejam relacionadas ao avanço para novos espaços de atuação profissional a fim de ir além das práticas assistências, do cuidado pontual e unidimensional, implementando modelos horizontais de tomada de decisão e adotando novas abordagens de intervenção na saúde (SANTOS; PESTANA; GUERRERO, 2013).

Por fim os participantes apontam para a necessidade de novos modelos de educação que vão ao encontro das necessidades dos profissionais como também da lógica da educação permanente em saúde. Como a aprendizagem significativa, onde a educação acontece no ambiente e horário de trabalho e de acordo com as necessidades que emergem deste cenário, favorecendo a inclusão dos profissionais nos espaços como sujeitos ativos e participativos do processo de mudança. Assim como revelam também ser essencial um setor voltado para a educação dos profissionais, com infraestrutura, tecnologia e recursos humanos adequados.

Estudo sobre as necessidades e resultados esperados em relação à educação permanente aponta para necessidade de novos formatos, conteúdos e sentidos das práticas de educação no trabalho direcionados à concepção da educação permanente indo ao encontro dos resultados deste estudo (MONTANHA; PEDIZZI, 2010). Ainda, a falta de estruturação dos serviços de educação permanente em instituições hospitalares reforça a necessidade de uma equipe responsável por essa atividade no sentido de organizar e fortalecer a qualidade da assistência aos usuários (LINO *et al.*, 2009).

O desenvolvimento de modelos de educação na saúde precisa ser orientado pela evolução da tecnologia, que demanda rápidas mudanças

no contexto do cuidado à saúde, devendo também ser organizado de forma a trabalhar as necessidades educativas identificadas em cada grupo. Neste sentido, a educação permanente proporciona conhecimento, crescimento, atualização e aperfeiçoamento do profissional e conseqüentemente institucional (GUIMARÃES, MARTIN, RABELO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelam que o significado das relações, interações e associações das práticas de educação permanente na instituição está relacionado ao preparo da equipe, a segurança do paciente e profissional, a valorização do trabalho do enfermeiro e ao cuidado de enfermagem qualificado/de excelência para o indivíduo acometido por DCV.

A gestão das práticas de educação permanente para equipe de enfermagem na instituição está sendo assumida por enfermeiros, considerando que a gestão do cuidado inclui dentre outras atribuições, o supervisionar, o pesquisar, o orientar e o educar. No entanto, apesar das iniciativas dos profissionais serem de grande importância para as práticas de educação no trabalho, o apoio institucional se torna essencial.

A interação entre os profissionais permite a problematização do próprio fazer e o despertar para iniciativas de mudança. Porém, apesar de a educação permanente defender a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade, a fragmentação disciplinar ainda prevalece dentro das organizações de saúde, chamando a atenção para reflexão sobre esta questão.

Diante dos resultados do estudo torna-se evidente a emergência de novos modelos de práticas de educação no trabalho que envolva os profissionais em uma relação dialógica e de cooperação, respeitando os enfoques tradicionais, porém considerando que práticas educacionais, como cursos e palestras, pontuais e isoladas já não correspondem às necessidades dos profissionais de saúde, dos usuários e da própria instituição.

Assim, espera-se uma lógica para educação no trabalho que esteja orientada para a transformação dos serviços de saúde e comprometida permanentemente com o desenvolvimento de seus trabalhadores, considerando que as mudanças necessárias vão além da necessidade de conhecimentos específicos apontando para mudanças no próprio contexto institucional.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, S.C.; SCHVEITZER, M.C.; MEIRELLES, B.H.S.; BACKES, V.M.S.; ERDMANN, A.L. Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.31, n.2, p. 383-387, jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009, 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução - RDC nº 36**, de 25 de julho de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em 15 de outubro de 2014.

CANEVER, B.P.; PRADO, M.L.; BACKES, V.M.S.; SCHVEITZER, M.C. Tendências pedagógicas na produção do conhecimento em educação em enfermagem do estado de São Paulo. **Revista brasileira de enfermagem**, v.66, n.6, p. 935-941, 2013.

CHAVES, L.P.; TANAKA, O.Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.46, n.5, p. 1274-1278, 2012.

CORBELLINI, V.L.; SANTOS, B.R.L.; OJEDA, B.S.; GERHART, L.M.; EIDT, O.R.; STEIN, S.C.; MELLO, D.T. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Revista brasileira de enfermagem**, v.63, n.4, p. 555-560, 2010.

ELLERY, A.E.L.; BOSI, M.L.M.; LOIOLA, F.A. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde e sociedade**, v.22, n.1, p. 187-196, 2013.

GÓES FSN, CAMARGO RAA, HARA CYN, FONSECA LMM. Tecnologias educacionais digitais para educação profissional de nível médio em enfermagem. **Revista Eletrônica em Enfermagem** [Internet], v.16, n.2, p. 453-461, 2014. Disponível

em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.21587>. Acesso em 15 de outubro de 2014.

GONÇALVES, L.A.; ANDOLHE, R.; OLIVEIRA, E.M.; BARBOSA, R.L.; MANCUSSI E FARO, A.C.; GALLOTTI, R.M.D.; PADILHA, K.G. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.46, n.spe, p. 71-77, 2012.

GUIMARÃES, E.M.P.; MARTIN, S.H.; RABELO, F.C.P. Educação permanente em saúde: Reflexões e desafios. **Ciencia y Enfermeria**, v.16, n.2, p. 25-33, 2010.

JESUS, M.C.P.; FIGUEIREDO, M.A.G.; SANTOS, S.M.R.; AMARAL, A.M.M.; ROCHA, L.O.; THIOLENT, M.J.M. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 45, n.5, p.1229-1236, 2011.

LEITE, R.A.F.; BRITO, E.S.; SILVA, L.M.C.; PALHA, P.F.; VENTURA, C.A.A. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface (Botucatu)** [online], v.18, n.51, p. 661-672, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0653>. Acesso em 15 de outubro de 2014.

LINO, M.M.; BACKES, V.M.S.; FERRAZ, F.; PRADO, M.L.; FERNANDES, G.F.M.; SILVA, L.A.A. et al. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Revista trabalho, educação e saúde**, v. 7, n. 1, p. 115-136, 2009.

MEDEIROS, A.C.; PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA, H.C.H.; CECAGNO, D.; MORAES, C.L. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista brasileira de enfermagem**, v.63, n.1, p. 38-42, 2010.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.44, n.3, p. 597-604, 2010.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4 ed. Porto Alegre (RS): Sulina, 2011a.

MORIN, E. **O Método 4: as ideias**. 5 ed. Porto Alegre (RS): Sulina, 2011b.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Trad. Eloá Jacobina. 17 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

PEDUZZI, M.; GUERRA, D.A.D.; BRAGA, C.P.; LUCENA, F.S.; SILVA, J.A.M. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, v. 13, n. 30, p.121-134, 2009.

PEIXOTO, L.S.; GONÇALVES, L.C.; COSTA, T.D.; MELO, C.M.T...; CAVALCANTI, A.C.D.; CORTEZ, E.A.. Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos. **Enfermería global**, v.12, n.1, p. 307-322. 2013.

RUNCIMAN, W.; HIBBERT, P.; THOMSON, R.; VAN DER SCHAAF, T.; SHERMAN, H.; LEWALLE, P. towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**. v.21, n. 1, p. 18-26, 2009.

SANTIAGO, A.R.J.V.; CUNHA, J.X.P. Supervisão de enfermagem: instrumento para a promoção da qualidade na assistência. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 3, p. 443-448, 2011.

SANTOS, J.L.G.; PESTANA, A.L.; GUERRERO, P.; MEIRELLES, BSH; ERDMANN, A.L. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista brasileira de enfermagem**, v.66, n.2, p. 257-263, 2013.

STANLEY, J.M.; GANNON, J.; GABUAT, J.; HARTRANFT, S.; ADAMS, N.; MAYES, C., et al. The clinical nurse leader: a catalyst for improving quality and patient safety. **Journal of Nursing Management**, v.16, n.5, p.614-622, 2008.

STIPP, M.A.C. A gerência do cuidado na enfermagem cardiovascular. **Escola Anna Nery**, v.16, n.1, p. 7-7, 2012.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2 ed. Porto Alegre: Artimed, 2008.

STROSCHEIN, K.A.; ZOCCHÉ, D.A.A.. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Revista Trabalho, educação e saúde** [online], v.9, n.3, p. 505-519, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso: 01 de outubro de 2012.

5.2 MANUSCRITO 2: REVELANDO SIGNIFICADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA CARDIOVASCULAR⁸

Cintia Koerich⁹
Alacoque Lorenzini Erdmann¹⁰

RESUMO

Objetivou-se compreender os significados atribuídos pela equipe de enfermagem às práticas de educação permanente em um hospital referência cardiovascular. Estudo de natureza qualitativa, pautado na Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico e como referencial teórico o pensamento complexo proposto por Edgar Morin. Participaram do estudo 22 profissionais, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, os quais constituíram 3 grupos amostrais. Os resultados foram apresentados em duas categorias, sendo estas, conhecendo as concepções da equipe de enfermagem sobre a educação permanente e percebendo a educação permanente como uma prática gerencial do enfermeiro. Evidencia-se a necessidade de trabalhar outras perspectivas para educação do profissional da saúde ainda na formação, enfatizando a formação gerencial do enfermeiro, a fim de ultrapassar a dimensão tecnicista, de modo que o enfermeiro adquira competência para assumir sua atribuição como gestor do cuidado de enfermagem e da educação da equipe de enfermagem contribuindo para as mudanças necessárias nos serviços de saúde.

⁸ Artigo elaborado a partir da dissertação intitulada “Vislumbrando a gestão das práticas de educação permanente na emergência do cuidado qualificado em cardiologia”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2014.

⁹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Bolsista FUMDES. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado de Enfermagem e Saúde (GEPADES). Florianópolis. Brasil. Endereço: Rua Acelon Pacheco da Costa, 231, apart. 302, bloco B, Itacorubi, Florianópolis. Santa Catarina. CEP: 88134040. Fone: (48)32062456. Email: cintia.koerich@gmail.com.

¹⁰ Doutora em Filosofia de Enfermagem, Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, Pesquisadora IA do CNPq, Líder do GEPADES, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: alacoque@newsite.com.br. Este artigo será submetido à Revista Interface – Comunicação, Educação e Saúde após aprovação da banca.

Descritores: Enfermagem. Gestão em saúde. Educação permanente. Serviço Hospitalar de Cardiologia.

INTRODUÇÃO

As reformas no sistema de saúde brasileiro a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 90 e a necessidade de maiores investimentos na formação dos trabalhadores de saúde acabou contribuindo para a permanência do modelo hegemônico de atenção a saúde (ALMEIDA; FERRAZ, 2008) dificultando a inserção de novos modelos de educação neste cenário.

Desta forma, no cenário das instituições hospitalares observa-se problemas na efetivação das ações de educação dos trabalhadores levando em consideração a emergência de mudanças nas práticas de saúde para corresponder aos princípios do SUS (JESUS *et al.*, 2011), uma vez que essas instituições tendem a valorizar a especialização e a dimensão técnica do trabalho, reproduzindo no ambiente de trabalho o modelo utilizado na formação profissional (AMESTOY *et al.*, 2010). Assim, mudanças nos modelos de atenção à saúde requerem também mudanças na educação dos profissionais, pois estes necessitam ter uma visão crítica e reflexiva frente ao processo de trabalho, qualificando suas práticas de cuidado (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

A educação deve favorecer a aptidão natural da mente para formular e resolver problemas essenciais, considerando que esta permite o melhor desenvolvimento de competências particulares ou especializadas. Neste sentido, o conhecimento se constrói diante do conhecimento do mundo permitindo a compreensão dos enunciados e a contextualização dos saberes de modo a integrá-los em seus conjuntos naturais (MORIN, 2011).

Em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída pela Portaria 198/04 GM/MS, sendo revisada mais tarde em 2007, onde foram considerados os dispositivos apresentados no Pacto pela Saúde, Pacto pela Vida e de Gestão (BRASIL, 2009). Tal política busca reforçar a necessidade de mudança na formação profissional orientada pelo modelo biomédico positivista e faz uma crítica as abordagens pedagógicas focadas nos processos educativos verticalizados, enfatizando o desenvolvimento de tecnologias que considerem a produção de subjetividades participativas (NESPOLI; RIBEIRO, 2011).

A PNEPS prevê que toda a política de formação e desenvolvimento profissional para o SUS seja baseada no conceito de

educação permanente em saúde e articule as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento profissional, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde. Desta forma, o conceito assumido pela política é que a educação permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2009).

A Enfermagem representa o lócus da produção de serviços relativos ao cuidado, o qual envolve as dimensões tecnológicas, gerenciais, éticas e educativas, estabelecendo múltiplas relações de dependência, interdependência e de autonomia que se configuram numa estrutura dinâmica complexa. Este cenário mobiliza-se pela atuação do enfermeiro, enquanto líder da equipe, responsável por proporcionar os meios adequados para que os atores agregados ao sistema possam exercer sua autonomia o suficiente para aprender (AMESTOY *et al.*, 2010).

Portanto, importa a enfermagem inserida no contexto das instituições hospitalares, assumir um referencial teórico-pedagógico que sustente uma aprendizagem significativa, transformadora e apropriada às demandas sociais e profissionais que se estabelecem. Para tal, tanto a formação quanto a prática do enfermeiro devem transitar entre os processos de trabalho nas dimensões assistencial, gerencial, educadora e de pesquisa, a fim de assumir seu papel como articulador no sistema de saúde, no serviço e na própria assistência à saúde (RESCK; GOMES, 2008).

Diante do exposto, questiona-se como os profissionais de enfermagem atuantes em um hospital referência cardiovascular significam as práticas de educação permanente. Objetivou-se compreender os significados atribuídos pela equipe de enfermagem às práticas de educação permanente em um hospital referência cardiovascular.

MÉTODOS

Estudo de natureza qualitativa, de caráter exploratório, descritivo, o qual utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) (STRAUSS; CORBIN, 2008) como referencial metodológico e como referencial teórico o pensamento complexo proposto por Edgar Morin.

A coleta dos dados foi desenvolvida em uma instituição hospitalar pública de saúde referência cardiovascular para o Estado de Santa Catarina. Participaram do estudo enfermeiros e técnicos em

enfermagem, totalizando 22 participantes, divididos em três grupos amostrais conforme prevê método utilizado (STRAUSS; CORBIN, 2008). O primeiro grupo foi constituído por 10 enfermeiros gestores das unidades de internação também chamados de “chefias” de unidade. O segundo grupo foi formado por 7 profissionais de enfermagem, sendo 4 enfermeiros assistenciais e 3 técnicos em enfermagem, e o terceiro grupo foi composto por 5 enfermeiros gestores de comissões, núcleos e setores da instituição relacionados neste estudo pelos participantes com as práticas de educação no trabalho/permanente. O método permite buscar locais, pessoas ou fatos que oportunizem a descoberta dos fenômenos investigados, sem que estes estejam previstos no início do estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008). Os participantes dos grupos foram identificados respectivamente pelas letras "EE", "EA" e "EG", seguido do número respectivo à ordem da entrevista dentro de cada grupo, a fim de preservar a identidade dos participantes.

A coleta de dados foi realizada entre junho e outubro de 2014, por meio de entrevista individual e gravação digital de voz. As entrevistas iniciaram por meio de uma questão central e ampla: Como você significa as práticas de educação permanente como enfermeiro gestor do cuidado de enfermagem atuante em uma instituição referência cardiovascular? A seguir, outras questões derivadas foram dirigidas aos participantes para a exploração dos significados por meio de entrevista em profundidade. O processo de codificação aberta, axial e seletiva foi realizado durante as etapas de coleta e análise, a partir da comparação dos dados até alcançar o fenômeno do estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008). Os dados foram organizados no software NVIVO¹⁰ a fim de facilitar a análise diante do volume de dados.

Assim elaborou-se um modelo teórico explicativo a partir dos significados evidenciados nas categorias e categoria central e suas respectivas inter-relações, emergindo dos dados o fenômeno do estudo. O modelo teórico foi validado por uma enfermeira com *expertise* no assunto. Neste manuscrito optou-se por discutir com maior ênfase as concepções da equipe de enfermagem sobre a educação permanente e a percepção da educação permanente como prática gerencial do enfermeiro diante da relevância dessa perspectiva.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o parecer nº 653.884/2014, sendo respeitados os aspectos éticos da resolução 466/2012.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados em duas categorias, sendo estas: Conhecendo as concepções da equipe de enfermagem sobre a educação permanente e Percebendo a educação permanente como uma prática gerencial do enfermeiro.

Conhecendo as concepções da equipe de enfermagem sobre a educação permanente

A maior parte dos participantes do estudo se refere à educação continuada, educação em serviço e educação permanente como sinônimo. Citam treinamentos, congressos, cursos, aulas e palestras, de maneira isolada e pontual, como práticas de educação permanente. Assim como a educação em saúde também é relacionada à educação permanente pelos profissionais. Conforme elucidam as falas:

O que seria a educação permanente? Esses treinamentos, participação em eventos e todo o grande conhecimento na área [...] (EE2)

[...] acho que poderia ter bem mais a questão de estar oferecendo mais cursos em cima das nossas rotinas, tendo cursos de atualização, tanto da parte de diluições de medicamentos, de manobra de parada [cardiorrespiratória], essas coisas, por que entra muito funcionário novo e às vezes não tem esse treinamento [...] acho que poderia ter mais tipo uma reciclagem [...] (EA7)

[...] a educação permanente o nome já diz ela é permanente, então é constante a gente estar orientando e educando o paciente todos os dias [...] (EE3)

Esta concepção dos profissionais sobre a educação permanente pode estar relacionada à forma como o setor de treinamento atua na instituição. Essa atuação caracteriza-se por palestras e cursos pré-agendados, com pouca relação com as necessidades da prática dos profissionais o que acaba interferindo na adesão destes trabalhadores.

Ainda as práticas de educação oferecidas não costumam receber avaliação. Como elucidam as falas:

A medicina nuclear está programando mais um curso de noções básicas de medicina nuclear e é feito todo ano, então todo ano a gente oferece esse curso, eles [o setor de treinamento] montam juntamente com você um curso e eles se responsabilizam pelo ambiente físico, e por convidar os palestrantes [...] (EE7)

[...] existe dentro do hospital um setor de treinamento, são palestras que são organizadas. Só que o que acontece? Dentro de uma equipe todos precisam, só que na hora de dispensar essas pessoas nem todos podem ir ou nem todos tem interesse em ir, por que às vezes é uma palestra que não agrada, o assunto não atrai [...] (EE3)

[...] não é só dar um curso, é dar o curso e depois avaliar, é voltar a dar novamente o curso, é sentir necessário que esse curso seja sempre dado [...] (EE5)

Desta forma é possível perceber que boa parte dos profissionais desconhece a lógica da educação permanente em saúde, embora alguns enfermeiros, em especial do grupo gestor, reconheçam que o setor de treinamento da instituição não costuma seguir a lógica da educação permanente e sim realiza atividades que possuem maior proximidade com o conceito de educação continuada. Seguem os relatos:

Como é que eu percebo as práticas de educação permanente aqui nessa instituição? Eu posso dizer que eu não percebo? Que não tem educação permanente? (EG4)

As pessoas que trabalham hoje em dia no serviço [setor de treinamento] elas estão

voltadas para outras coisas, para proporcionar alguns cursos que eu não vejo como educação permanente, para mim educação permanente tem um conceito, você proporcionar determinados cursos não deixa de ser uma educação, não deixa de ser uma informação, uma capacitação, mas de repente não é direcionado ao teu problema, aquilo que realmente você precisa [...] (EG2)

Falando de educação permanente eu não sei nem dizer se acontece educação permanente aqui, o que nós temos mais é educação continuada, que são questões pontuais trabalhadas em palestras e em cursos. Agora a questão de educação permanente de tu trabalhares os nós críticos de cada local de trabalho, porque surge do processo de trabalho, a gente não conseguiu avançar ainda. (EG3)

Além do grupo gestor, outros profissionais demonstram compreender que a lógica da educação permanente vai além de cursos e palestras pontuais e isolados, se referindo à educação permanente como uma contínua troca de conhecimento no ambiente de trabalho. Relacionam a educação permanente à qualidade do cuidado de enfermagem prestado e ao cuidado de enfermagem seguro, assim como revelam que o enfermeiro deve ter iniciativa e preocupação em modificar/melhorar o cuidado. Seguem os relatos ilustrativos:

[...] a gente faz no próprio ambiente de trabalho na verdade [...] a gente chega e vê os pontos que poderia ser melhorado, o que a gente poderia ter agilizado naquele momento para o paciente, o que falhou com a equipe. Isso a gente sempre tem feito. (EE10)

A educação permanente é o aprendizado daquilo que tu faz, daquilo que tu estais exercendo ou do que tu podes exercer. Então

a educação permanente é uma continuidade do conhecimento [...](EA2)

[...] eu acho que a educação permanente e o cuidado estão intimamente ligados, mas é uma questão de iniciativa da pessoa e de você acreditar que se você gerar conhecimento, se você ter conhecimento, se você se apropriar do conhecimento, você vai executar um cuidado com muito mais segurança [...](EE8)

A maioria dos enfermeiros acredita não ser possível modificar a atitude dos profissionais que não demonstram interesse nas práticas de educação permanente, no entanto alguns profissionais, em especial de nível médio, referem sentir falta de abertura e motivação para a participação. Seguem os relatos:

[...] isso já é da própria pessoa [iniciativa e interesse], pode ajudar, pode melhorar, mas isso já uma coisa da própria pessoa. Uma grande parte já é parte da criação, da educação, tu podes lapidar um pouco, mas tem que vir com a pessoa também. (EE9)

[...] essa educação permanente ela se perde um pouco porque quando tu não recebes aquele estímulo para tu trabalhares a educação permanente tu já comesças a te podar mais e te interessar menos por aquilo [...](EA2)

Os profissionais relatam que os cursos de Educação à Distância (EAD) ou on-line também podem ser utilizados como parte da educação permanente diante da facilidade/comodidade do acesso à informação e da falta de tempo dos profissionais para participar dos cursos presenciais. Seguem as falas:

[...] mas agora com essa época da internet eles procuram conhecimento direto no sistema [...](EE6)

[...] tem ensino à distância, você abre o computador, você faz os cursos [...] (EE7)

Eles têm baixa adesão ao curso presencial, quando é pela internet, tem muitos cursinhos que é pela internet, e um vai passando para o outro e eles fazem porque eles podem fazer no horário que eles tem tempo, que eles tem vago no próprio horário de serviço [...] (EE4)

Os profissionais demonstram confundir os termos educação continuada, educação em serviço, educação permanente utilizando-os como sinônimo e relacionando-os à sua vivencia, ou seja, ao modelo utilizado pelo setor de treinamento da instituição como prática de educação profissional. Embora os enfermeiros gestores reconheçam que a lógica da educação permanente não é trabalhada pelo setor de treinamento, outros profissionais também parecem compreender a lógica da educação permanente em saúde mesmo vivenciando práticas mais voltadas ao conceito de educação continuada. Assim como, reforçam a necessidade da utilização de recursos que facilitem o acesso à informação e o processo de aprendizado.

Percebendo a educação permanente como uma prática gerencial do enfermeiro

Embora alguns enfermeiros reconheçam como sua responsabilidade a prática de gerenciar a educação permanente da equipe de enfermagem na instituição, outros atribuem esta função apenas ao setor de treinamento, enquanto outros aguardam parcerias, não se sentindo inteiramente responsáveis pelo processo. Como elucidam os depoimentos:

A responsabilidade tanto é do pessoal que trabalha com a educação permanente [setor de treinamento] como minha, eu me sinto responsável como enfermeira, eu tenho essa responsabilidade de passar para o meu grupo. A responsabilidade é deles [setor de

treinamento] estar passando, mas é muito mais minha como enfermeira [...] (EE10)

[...] o que eu entendo: primeiro que a instituição é necessitada nesse sentido de educação permanente, segundo que a gente espera muito que um setor venha nos treinar, então a gente transfere a culpa para um setor [de treinamento] [...] (EG4)

[...] é uma responsabilidade de todos, porém a efetividade eu acho que ela vem em cascata, no sentido de que ela não pode ser de baixo pra cima, não é o grupo que tem que se auto ajudar, porque aí não precisa do macro [...] (EG2)

Alguns profissionais relatam que a falta de comprometimento de alguns enfermeiros com a educação permanente seria responsabilidade da própria instituição uma vez que não incentiva e envolve os profissionais no processo. Ainda revelam a dificuldade de encontrar enfermeiros com perfil para a gestão e o pouco tempo disponível para se envolverem com as práticas de educação permanente, devido ao tempo dispensado ao dimensionamento de pessoal, dentre outras atribuições. Seguem os relatos:

[...]A educação permanente é corpo a corpo, como eles [os enfermeiros] não tiveram isso, eles não tem comprometimento com nada que é realizado aqui. Porque os próprios enfermeiros não estão envolvidos também nesse processo da educação permanente. Porque isso não foi uma coisa que foi colocada para eles [...] (EG2)

[...] tem as chefias e tem problema com as chefias porque não tem preparo. Hoje pegar enfermeiros para gerenciar setores é muito difícil, eu não tinha enfermeiros preparados para gerenciar muitos serviços aqui, não tinha, aí fui trabalhando alguns [...] (EG3)

[...] isso toma muito tempo, são muitos servidores e eu acredito que a maioria das chefias dentro da Secretaria da Saúde perde tempo com escala, muito tempo toma a escala para ser feita com poucos servidores, fora todos os atestados que chegam durante o mês que tens que dar jeito para organizar, chamar alguém, trocar plantões [...] (EE2)

Os enfermeiros, ao gerenciarem práticas que vão ao encontro da lógica da educação permanente, buscam alternativas no sentido de consolidarem tais práticas utilizando treinamentos *in loco*, simulação e participação em grupos formais para discussões. Tais ações, por vezes, são direcionadas à dimensão técnica do trabalho, no entanto, questões éticas, políticas e de relacionamento interpessoal são citadas como uma preocupação entre os profissionais. Como elucidam as falas:

[...] foi feito aqui na coronária mesmo, teve treinamento do respirador que foi a fisioterapeuta que explicou as modalidades e como é que se mexe no respirador. Teve sobre parada cardiorrespiratória que também foi prática na coronária e sobre mexer na bomba de infusão [...] (EA4)

Então a gente tem que ir in loco e trabalhar. A proposta do nosso setor de educação permanente [treinamento] são palestras, então eu acho que a gente tem que avaliar [...] (EG2)

[...] tem discussão, debate sobre alguma coisa, eu não só recebo [informação], um grupo de estudo é quando todo mundo vai e participa, não é só uma palestra que um profissional só dá informação [...] (EA3)

[...] questões interpessoais são um grande nó crítico na instituição, é preciso trabalhar essas questões [...] (EG3)

A supervisão da equipe de enfermagem aparece como ação gerencial do enfermeiro para favorecer as práticas de educação permanente uma vez que possibilita reconhecer as necessidades de educação e orientação na equipe. Assim os enfermeiros buscam contribuir com as práticas de educação permanente orientando e abrindo espaços de discussão no dia a dia de trabalho, observando e ouvindo a necessidade dos profissionais, assim como solicitando ao setor de treinamento parceria para dar retorno às demandas identificadas. Conforme revelam as falas:

O enfermeiro é o responsável por avaliar as condições técnicas de cada trabalhador que ele tem na sua equipe, mesmo que ele só venha para cumprir horário, ele tem uma equipe, ele faz parte dessa equipe e ele é o responsável [...] (EG3)

[...] eu posso ali [no ambiente de trabalho] fazer a educação permanente: melhor fazer assim, melhor massagear assim, melhor puncionar dessa forma [...] então eu faço esse tipo de coisa diariamente com todas as pessoas aqui [...] eu sempre achei que a resposta pontual é melhor do que cursos coletivos [...] eu acho que resolver questões pontuais e a observação direta e continua é uma educação permanente melhor do que fazer uma educação somente coletiva com cursos, eu acredito muito mais na presença permanente ao lado da pessoa [...] (EE8)

[...] existiu a minha observação, de todos os enfermeiros, até de outros setores, de outros profissionais e principalmente a solicitação dos técnicos de enfermagem, todos eles solicitam treinamento, não só os novos, os antigos também, porque as coisas mudam e a gente precisa estar sempre atualizado. Então foi geral, todos observaram a necessidade e eu levei para o setor de treinamento. (EE2)

O que eu vivencio continuamente é educação permanente, com os técnicos de enfermagem e até mesmo com o próprio colega enfermeiro de uma forma ou de outra. (EA4)

O enfermeiro, por vezes, demonstra-se alheio ao processo de educação permanente da equipe de enfermagem parecendo desconhecer suas atribuições como supervisor e educador. A falta de apoio da instituição, a quantidade de atribuições e a dificuldade de encontrar enfermeiros com perfil para gestão são fatores que parecem influenciar negativamente o envolvimento do enfermeiro como gestor no processo de educação permanente. No entanto, observa-se a iniciativa de enfermeiros que buscam alternativas para gerenciar as práticas de educação permanente de forma que estas se efetivem na instituição, buscando o próprio ambiente de trabalho como espaço de interação e discussão entre os profissionais.

DISCUSSÃO

A maior parte dos enfermeiros e técnicos em enfermagem demonstrou desconhecer a base conceitual da educação permanente, por vezes, confundindo com o conceito da educação continuada e educação em serviço, o que pode dificultar o processo de mudança no cenário da saúde, considerando que tendem a reproduzir o modelo de educação disponibilizado na instituição. Estudo revela que a educação continuada e a educação em serviço são importantes para o desenvolvimento dos trabalhadores por seu caráter complementar, no entanto, ressalta que para a transformação das práticas de saúde, se torna essencial a discussão em torno da educação permanente em saúde como política pública a ser implementada em todos os níveis de atenção do SUS (PEDUZZI *et al.*, 2009).

O estudo de Montanha e Peduzzi (2010) realizado sobre o tema da educação permanente em saúde realizado em um hospital de ensino da região sudeste do Brasil revela que a médio e longo prazo os trabalhadores conseguem ampliar suas expectativas para uma visão crítica do trabalho, bem como em relação à interação profissional /usuário e a articulação teoria/prática, numa compreensão de educação no trabalho orientada pela educação permanente. O estudo mostra que a educação continuada e a educação permanente podem ser complementares e que a diferença entre as duas concepções de educação

concede ao profissional o reconhecimento do espaço que deve ocupar na gestão do trabalho (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Os profissionais comentam que as práticas oferecidas pelo setor de treinamento da instituição tem pouca relação com as necessidades dos profissionais, assim como, não é realizada uma avaliação destas práticas. Pode-se concluir que tais práticas vão ao encontro da lógica da educação continuada em saúde, considerando que trabalha de forma uniprofissional, como prática autônoma, com periodicidade esporádica e utiliza metodologias fundamentadas na pedagogia de transmissão, buscando atingir a apropriação do saber de maneira passiva (PEIXOTO *et al.*, 2013). Torna-se indispensável dentro da prática da educação permanente em saúde a tríade planejamento, metodologia e avaliação (LINO *et al.*, 2009).

Alguns profissionais parecem compreender a lógica da educação permanente e citam o ambiente de trabalho como espaços de troca, assim como reuniões formais utilizadas para discussão em grupos. No estudo de Peduzzi *et al.* (2009) profissionais revelam ações educativas como reuniões entre os profissionais como construção de espaços de troca, negociação e busca de consensos, apontando na direção da educação permanente.

Os profissionais comentam que utilizam a EAD como recurso diante da comodidade/facilidade de acesso à informação e dificuldade em participar de cursos presenciais. Neste sentido, a EAD pode ser considerada uma estratégia que quando implementada no ambiente laboral pode viabilizar o processo educacional no trabalho, considerando o perfil do profissional da enfermagem que possui mais que um emprego e tem dificuldade de se ausentar no horário de trabalho para participar de atividades educativas (CROSSI; KOBAYASHI, 2013).

Em relação ao envolvimento com a prática gerencial da educação permanente, alguns enfermeiros demonstraram pouco entendimento sobre suas atribuições, assim como despreparo para exercer tal função. É possível observar que a formação do enfermeiro desvaloriza aspectos gerenciais, como a liderança, por exemplo, que muitas vezes apenas é percebida pelo enfermeiro quando inserido na prática profissional e deparado com situações que exigem deste profissional competência profissional para tal (AMESTOY; CESTARI; THOFEHRN, 2010).

Assim, percebe-se atualmente a necessidade de formar e inserir no mercado de trabalho profissionais competentes para desempenhar funções gerenciais na área da saúde. Desta forma, pode-se afirmar que para exercer a gerência do cuidado de enfermagem e/ou dos serviços de saúde com competência torna-se essencial a integração de

conhecimento, habilidades e atitudes para um cuidado ético, seguro e de qualidade ao ser humano e coletividade (LOURENÇÃO; BENITO, 2010).

Estudo realizado em um hospital universitário do sudeste do Brasil mostrou que a participação dos enfermeiros nos núcleos de educação permanente do hospital permitiu a elaboração de diretrizes para a estruturação do serviço de educação permanente na instituição, assim como possibilitou ao enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem, se colocar como facilitador de ações educativas, despertando a compreensão sobre a importância do envolvimento e responsabilização pela própria educação profissional, diante do evidente afastamento de sua posição de líder da equipe de enfermagem e de profissional estratégico para que as mudanças venham a se consolidar nos serviços de saúde (JESUS *et al.*, 2011).

Alguns profissionais ressaltam o pouco tempo disponível para se envolverem com as práticas de educação permanente, devido à quantidade de atribuições que realizam no cotidiano de trabalho. No setor hospitalar o processo de desenvolvimento da educação permanente na maioria dos casos é deixado em segundo plano frente aos demais problemas enfrentados e considerados prioritários como carência de recursos humanos, desmotivação profissional e sobrecarga de trabalho (LINO *et al.*, 2009).

Apesar do apoio incipiente da instituição para as práticas de educação no trabalho, os enfermeiros buscam estratégias para gerenciar práticas de educação permanente, que embora com enfoque muitas vezes tecnicista, perpassa essa dimensão ao mencionarem a preocupação com questões éticas, políticas e de relacionamento interpessoal. No estudo de Lino *et al.* (2009) os profissionais revelaram uma visão mais ampliada da educação permanente, considerando a questão política e ética, porém abrangendo a dimensão técnica do trabalho. Ressaltam a falta de planejamento institucional para as práticas de educação permanente e a utilização de outros espaços e estratégias pelos profissionais aproveitando momentos durante a jornada de trabalho para realizar o processo educativo. Desta forma, mesmo não dispondo de um serviço de educação permanente estruturado e formal as iniciativas acontecem com uma proposta diferenciada, de forma organizada, a fim de promover a participação e o diálogo (LINO *et al.*, 2009) corroborando com os resultados deste estudo.

Percebe-se que a competência técnica é considerada uma grande preocupação na equipe de enfermagem, sendo que o próprio serviço de educação nas instituições hospitalares possui forte aderência à dimensão

técnica do trabalho, visto que a maioria das solicitações dos profissionais envolve esta dimensão (SALUM; PRADO, 2014) e considerando que a própria formação profissional tende a valorizá-la (AMESTOY; CESTARI; THOFEHRN, 2010). No entanto, cabe ressaltar que a gestão do cuidado de enfermagem constitui um complemento ao processo de trabalho do enfermeiro, devendo o cuidado ser gerenciado dentro das instituições com racionalidade e sensibilidade ultrapassando os princípios tecnicistas (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011).

Os enfermeiros evidenciam ainda a supervisão como ação gerencial capaz de promover as práticas de educação permanente, uma vez que possibilita reconhecer demandas e realizar trocas no próprio ambiente de trabalho. Corroborando com os resultados deste estudo, a supervisão em enfermagem é considerada um importante instrumento gerencial para acompanhamento, avaliação e educação da equipe de enfermagem. Assim, quando realizada em caráter pedagógico e de cooperação, é capaz de promover a interação social e política dos trabalhadores (SANTIAGO; CUNHA, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontam para um conflito de compreensão da equipe de enfermagem sobre o conceito e a lógica da educação permanente em saúde, considerando o modelo de educação utilizado na formação profissional e reproduzido na instituição pelo setor de treinamento, caracterizado pelo repasse de informações de maneira pontual. No entanto, a lógica tradicional de educação dos trabalhadores de saúde não deve ser descartada, mas sim ser complementar a um novo processo.

Apesar de enfermeiros gestores perceberem a necessidade de novos modelos de educação no trabalho que se aproximem da lógica da educação permanente e de alguns profissionais buscarem iniciativas para efetivação dessas práticas, a maioria dos enfermeiros demonstra dificuldade em assumir a gestão das práticas de educação permanente na instituição por fragilidades de competência gerencial, considerando essencial para o desenvolvimento desta função a supervisão e a capacidade de adaptar-se e corresponder demandas de forma efetiva para que mudanças aconteçam.

O estudo apresenta como limitação o fato de ter sido realizado em uma instituição de saúde especializada em cardiologia, o que acaba

influenciando os profissionais a enfatizarem a fragmentação disciplinar relacionada à vivência do cotidiano institucional.

Evidencia-se a necessidade de trabalhar outras perspectivas para educação do profissional da saúde ainda na formação, considerando que os profissionais tendem a reproduzir na prática profissional o modelo de aprendizagem utilizado nas instituições formadoras. Assim como, se torna essencial maior ênfase na formação gerencial do enfermeiro, a fim de ultrapassar a dimensão tecnicista, de modo que o enfermeiro adquira competência para assumir sua atribuição como gestor do cuidado e da educação da equipe de enfermagem contribuindo para as mudanças necessárias nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.P.G.; FERRAZ, C.A.. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.1, p. 31-35, 2008.

AMESTOY, S.C.; CESTARI, M.E.; THOFEHRN, M.B.; MILBRATH, V.M.; TRINDADE, L.M.; BACKES, V.M.S. Processo de formação de enfermeiros líderes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.6, p. 940-945, 2010.

AMESTOY, S.C.; SCHVEITZER, M.C.; MEIRELLES, B.H.S.; BACKES, V.M.S.; ERDMANN, A.L. Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.31, n.2, p. 383-387, jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009, 64 p.

GROSSI, M. G.; KOBAYASHI, R. M. A construção de um ambiente virtual de aprendizagem para educação à distância: uma estratégia educativa em serviço. **Revista da escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.3, p. 121-134, 2009.

GUIMARÃES, E.M.P.; MARTIN, S.H.; RABELO, F.C.P. Educação permanente em saúde: Reflexões e desafios. **Ciencia y Enfermeria**, v.16, n.2, p. 25-33, 2010.

JESUS, M.C.P.; FIQUEIREDO, M.A.G.; SANTOS, S.M.R.; AMARAL, A.M.M.; ROCHA, L.O.; THIOLENT, M.J.M. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.45, n.5, p. 1229-1236, 2011.

LINO, M.M.; BACKES, V.M.S.; FERRAZ, F.; PRADO, M.L.; FERNANDES, G.F.M.; SILVA, L.A.A. et al. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Revista trabalho, educação e saúde**, v. 7, n. 1, p. 115-136, 2009.

LOURENÇÃO, D.C.A.; BENITO, G.A.V. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n. 1, p.91-97, 2010.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.44, n.3, p. 597-604, 2010.

MONTEZELLI, J. H.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e demandas do cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Revista brasileira de enfermagem**, v.64, n.2, p. 348-354, 2011.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. Ed.rev. – São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2011.

NESPOLI, G.; RIBEIRO, V.M.B.. Discursos que formam saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde. **Interface- comunicação, saúde e educação**, (Botucatu), v.15, n.39, p. 985-996, 2011.

PEDUZZI, M.; GUERRA, D.A.D.; BRAGA, C.P.; LUCENA, F.S.; SILVA, J.A.M. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface (Botucatu)**, v.13, n. 30, p. 121-134, 2009.

PEIXOTO, L.S.; GONÇALVES, L.C.; COSTA, T.D.; MELO, C.M.T.; CAVALCANTI, A.C.D.; CORTEZ, E.A.. Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos. **Enfermería global**, v.12, n.1, p. 307-322. 2013

RESCK, Z.M.R.; GOMES, E.L.R. Background and managerial practice of nurses: paths for transforming praxis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 71-77, 2008.

SALUM, N.C.; PRADO, M.L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Revista Texto & Contexto em Enfermagem**, v.23, n.2, p. 301-308, 2014.

SANTIAGO, A.R.J.V.; CUNHA, J.X.P. Supervisão de enfermagem: instrumento para a promoção da qualidade na assistência. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 3, p. 443-448, 2011.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2 ed. Porto Alegre: Artimed, 2008.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão dos significados atribuídos por enfermeiros gestores do cuidado de enfermagem ao indivíduo acometido por DCV às relações, interações e associações das práticas de educação permanente vivenciadas em um hospital referência cardiovascular ao sul do Brasil possibilitou revelar o fenômeno: **Vislumbrando a gestão das práticas de educação permanente na emergência do cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia** o qual emergiu da inter-relação das cinco categorias que compõem o modelo paradigmático e que resultaram no modelo teórico explicativo aqui apresentado, sendo estas: Identificando necessidades de conhecimento e aperfeiçoamento profissional em cardiologia a fim de promover a segurança do paciente (Condições causais); Revelando as especificidades do cenário e o apoio incipiente da instituição referência frente às práticas de educação no trabalho (Condições contextuais); Percebendo potencialidades e fragilidades para gestão das práticas de educação permanente na instituição (Condições interventoras); Buscando estratégias para gestão das práticas de educação permanente diante da adesão incipiente às práticas tradicionais (Interações estratégicas) e Desvelando outras configurações para gestão das práticas de educação no trabalho a fim de alcançar um cuidado de excelência (Consequências).

O estudo teve como aporte metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e apoiou-se nos princípios do pensamento complexo, os quais permitiram imergir em um cenário complexo de relações e interações múltiplas entre seres humanos que vivenciam a ordem, a desordem e a organização/auto-organização. Assim, o significado das relações, interações e associações das práticas de educação permanente foi relacionado ao preparo da equipe, a segurança do paciente e profissional, a valorização do trabalho do enfermeiro e ao cuidado qualificado/de excelência para o indivíduo acometido por DCV.

Em seu processo de trabalho em uma instituição hospitalar de alta complexidade o enfermeiro se depara diariamente com necessidades de atualização/aperfeiçoamento reveladas ou percebidas na equipe que exigem posição e atitude no sentido de promover e garantir uma equipe preparada para prestar um cuidado de enfermagem seguro ao paciente. Nesse sentido, a gestão das práticas de educação no trabalho para equipe de enfermagem na instituição está sendo assumida por enfermeiros, considerando que a gestão do cuidado inclui dentre outras atribuições, o supervisionar, o pesquisar, o orientar e o educar. No entanto, apesar das iniciativas dos profissionais serem de grande importância para as

práticas de educação no trabalho, o apoio institucional se torna essencial.

Apesar dos enfermeiros gestores entenderem a necessidade de novos modelos de educação no trabalho que se aproximem da lógica da educação permanente e da iniciativa de alguns profissionais para efetivação dessas práticas, a maioria dos enfermeiros demonstra dificuldade em assumir a gestão das práticas de educação permanente por fragilidades de competência gerencial, evidenciando a necessidade de maior ênfase na formação gerencial do enfermeiro, a fim de ultrapassar a dimensão tecnicista, de modo que o enfermeiro adquira competência para assumir sua atribuição como gestor do cuidado e da educação da equipe de enfermagem contribuindo para as mudanças necessárias nos serviços de saúde.

Neste contexto, a interação entre os profissionais permite a problematização do próprio fazer e o despertar para iniciativas de mudança. Porém, apesar de a educação permanente defender a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade, a fragmentação disciplinar ainda prevalece dentro das organizações de saúde, chamando a atenção para reflexão sobre esta questão.

Este estudo apresenta como limitação o fato de ter sido realizado em uma instituição de saúde especializada em cardiologia, o que acaba influenciando os profissionais a enfatizarem a fragmentação disciplinar relacionada à vivência do cotidiano institucional.

Diante dos resultados deste estudo torna-se evidente a emergência de novos modelos de práticas de educação no trabalho que envolva os profissionais em uma relação dialógica e de cooperação, respeitando os enfoques tradicionais, porém, considerando que práticas educacionais, como cursos e palestras, pontuais e isoladas, já não correspondem às necessidades dos profissionais de saúde, dos usuários e da própria instituição.

Assim, espera-se que este trabalho contribua no sentido de reforçar a necessidade de uma lógica para educação no trabalho que esteja orientada para a transformação dos serviços de saúde e comprometida permanentemente com o desenvolvimento de seus trabalhadores, considerando que as mudanças necessárias vão além da necessidade de conhecimentos específicos apontando para mudanças no próprio contexto institucional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.P.G.; FERRAZ, C.A.. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.1, p. 31-35, 2008.

AMESTOY, S.C.; CESTARI, M.E.; THOFEHRN, M.B.; MILBRATH, V.M.; TRINDADE, L.M.; BACKES, V.M.S. Processo de formação de enfermeiros líderes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.6, p. 940-945, 2010.

AMESTOY, S.C.; SCHVEITZER, M.C.; MEIRELLES, B.H.S.; BACKES, V.M.S.; ERDMANN, A.L. Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.31, n.2, p. 383-387, jun. 2010.

ANDRADE, A.C.V.; SORATTO, M.T.. Educação em Saúde para o Autocuidado do Paciente após Cirurgia Cardíaca. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 11, n. 28-29, p. 37-47, maio-dez. 2009.

BACKES, D.S.; MARINHO, M.; COSTENARO, R.S.; NUNES, S.; RUPOLO, I.. Repensando o ser enfermeiro docente na perspectiva do pensamento complexo. **Revista Brasileira de enfermagem**, v.63, n.3, p. 421-426, 2010.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L. Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, v.3, n.3, p. 177-185, 2011.

BAGGIO, M.A.; PARIZOTO, G.M.; CALLEGARO, D.C.; KOERICH, C.; ERDMANN, A.L. Incidência e características sociodemográficas de pacientes internados com Coronariopatia. **Revista de Enfermagem Referência**, vol.3, n.5, p. 73-81, 2011.

BRASIL a. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade**. Portaria MS/GM nº 1169 de 15/6/2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/>. Acesso: 20 de dezembro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução - RDC nº 36**, de 25 de julho de 2013. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em 15 de outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. b. 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: Ministério da Saúde, 2004. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília : CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho nacional de saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso: 02 de novembro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009, 64 p.

CANEVER, B.P.; PRADO, M.L.; BACKES, V.M.S.; SCHVEITZER, M.C. Tendências pedagógicas na produção do conhecimento em educação em enfermagem do estado de São Paulo. **Revista brasileira de enfermagem**, v.66, n.6, p. 935-941, 2013.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu), v. 9, n. 6, p. 161- 168, 2005.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHAVES, L.P.; TANAKA, O.Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.46, n.5, p. 1274-1278, 2012.

CIOSAK, S. I. Gestão de instituições hospitalares: relato de experiência In: HARADA, M.J.C.S. **Gestão em enfermagem**: Ferramenta pra a prática segura. São Caetano do Sul, SP. Yendis Editora, 2011, p.385-396

CORBELLINI, V.L.; SANTOS, B.R.L.; OJEDA, B.S.; GERHART, L.M.; EIDT, O.R.; STEIN, S.C.; MELLO, D.T. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Revista brasileira de enfermagem**, v.63, n.4, p. 555-560, 2010.

DATASUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de informações hospitalares**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br> Acesso: 12 de janeiro de 2013.

DELORS, J.; AL-MUFTI, I.; AMAGI, I.; CARNEIRO, R.; CHUNG, F.; GEREMEK, B. et al. Educação: Um tesouro a descobrir. **Relatório da UNESCO da comissão internacional sobre educação para o século XXI**. Brasília, julho de 2010.

DIAS, M.S.A.; MOREIRA, A.C.A.; RODRIGUES, A.B.; SILVA, C.P.. **Educação permanente em enfermagem**: uma ferramenta de gestão. In: PROENF- GESTÃO - Ciclo 1/Volume 1, Artmed/Panamericana Editora.2011. p.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO VI. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.32, Supl. 1, Set., 2010. Acesso em 01 de out 2012. Disponível: http://www.sbn.org.br/noticias/diretrizes_hipertensao_vi.pdf

DUARTE, S.C.M.; STIPP, M.A.C.; MESQUITA, M.G.R.; SILVA, M.M. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. **Escola Anna Nery**, v.16, n.4, p. 657-665, 2012.

ELLERY, A.E.L.; BOSI, M.L.M.; LOIOLA, F.A. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde e sociedade**, v.22, n.1, p. 187-196, 2013.

ERDMANN, A.L. Prioridade de pesquisa em gestão. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Souza. **Gestão em enfermagem**: Ferramenta pra a prática segura. São Caetano do Sul, SP. Yendis Editora, 2011, p. 463-472.

ERDMANN, A.L.; PAGLIUCA, L.M.F. O conhecimento em enfermagem: da representação de área ao Comitê Assessor de Enfermagem no CNPq. **Revista brasileira de enfermagem**, v.66, n.spe, p. 51-59, 2013.

FALCÓN, G.S.; ERDMANN, A.L.; MEIRELLES, B.H.S. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.15, n. 2, p. 343-351, 2006.

FERNANDES, M. J. C.; SILVA, A.L. Significados do cuidado de enfermagem à pessoa idosa em cuidados intensivos. In: SILVA, A.L.; GONÇALVES, L.H.T. **Cuidado à pessoa idosa- Estudos no contexto luso-brasileiro**. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 54.

FERRAZ, F.; SALUM, N.C.; CARRARO, T.E.; RADÜNZ, V.; ESPINOZA, L.M.M. Educação permanente no trabalho como um processo educativo e cuidativo do sujeito-cuidador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.27, n.3, p.344-350, 2006.

FORTUNA, C.M.; FRANCESCHINI, T.R.C.; MISHIMA, S.M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M.J.B. Movements of permanent health education triggered by the training of facilitators. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.2, p. 411-420, 2011.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GALLANI, M.C.B.J.; CORNELIO, M.E.; AGONDI, R.F.; RODRIGUES, R.C.M. Conceptual framework for research and clinical practice concerning cardiovascular health-related behaviors. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21, n.spe, p. 207-215, 2013.

GÓES FSN, CAMARGO RAA, HARA CYN, FONSECA LMM. Tecnologias educacionais digitais para educação profissional de nível médio em enfermagem. **Revista Eletrônica em Enfermagem** [Internet], v.16, n.2, p. 453-461, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.21587>. Acesso em 15 de outubro de 2014.

GONÇALVES, L.A.; ANDOLHE, R.; OLIVEIRA, E.M.; BARBOSA, R.L.; MANCUSSI E FARO, A.C.; GALLOTTI, R.M.D.; PADILHA, K.G. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.46, n.spe, p. 71-77, 2012.

GROSSI, M. G.; KOBAYASHI, R. M. A construção de um ambiente virtual de aprendizagem para educação à distância: uma estratégia educativa em serviço. **Revista da escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.3, p. 121-134, 2009.

GUERRA, S.T.; PROCHNOW, A.G.; TREVIZAN, M.A.; GUIDO, L.A.. Conflict in nursing management in the hospital context. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.2, p. 362-369, 2011.

GUIMARÃES, E.M.P.; MARTIN, S.H.; RABELO, F.C.P. Educação permanente em saúde: Reflexões e desafios. **Ciencia y Enfermeria**, v.16, n.2, p. 25-33, 2010.

JESUS, M.C.P.; FIQUEIREDO, M.A.G.; SANTOS, S.M.R.; AMARAL, A.M.M.; ROCHA, L.O.; THIOLENT, M.J.M. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.45, n.5, p. 1229-1236, 2011.

KAUFMAN, R.; KUSCHNIR, M.C.C.; XAVIER R.M.A. Epidemiologia na Revascularização Miocárdica. **Revista Brasileira de Cardiologia**. v. 24, n.6, p. 369-376, 2011.

LEITE, R.A.F.; BRITO, E.S.; SILVA, L.M.C.; PALHA, P.F.; VENTURA, C.A.A. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface (Botucatu)** [online], v.18, n.51, p. 661-672, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0653>. Acesso em 15 de outubro de 2014.

LENTZ, R.A.; ERDMANN, A.L. O ser humano um ser aprendente. In: ERDMANN, A.L.; LENTZ, R.A. **Aprendizagem contínua no trabalho**: Possibilidade de novas práticas no controle de infecções hospitalares. São José: SOCEPRO, 2003. 204p.

LINO, M.M.; BACKES, V.M.S.; FERRAZ, F.; PRADO, M.L.; FERNANDES, G.F.M.; SILVA, L.A.A. et al. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Revista trabalho, educação e saúde**, v. 7, n. 1, p. 115-136, 2009.

LOURENÇÃO, D.C.A.; BENITO, G.A.V. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n. 1, p.91-97, 2010.

LUNARDI, V.L.; FILHO, W.D.L.; SCHWENGBER, A.I.; SILVA, C.R.A.. Processo de trabalho em enfermagem/ saúde no Sistema Único de Saúde. **Enfermagem em foco**, v. 1, n. 2. p. 73-76, 2010.

MEDEIROS, A.C.; PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA, H.C.H.; CECAGNO, D.; MORAES, C.L. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista brasileira de enfermagem**, v.63, n.1, p. 38-42, 2010.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.44, n.3, p. 597-604, 2010.

MONTEZELLI, J. H.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e demandas do cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Revista brasileira de enfermagem**, v.64, n.2, p. 348-354, 2011.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 17^a. ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

_____. **Educação e complexidade**: os sete saberes e outros ensaios, 4 ed. – São Paulo: Cortez: 2007.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 4 ed. RS: Sulina, 2011.

_____. **Meus demônios**. São Paulo: Bertrand Brasil, 2000.

_____. **O Método 4**: as ideias. 5 ed. Porto Alegre (RS): Sulina; 2011b.

_____ b. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** 2. Ed.rev. – São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2011.

NESPOLI, G.; RIBEIRO, V.M.B.. Discursos que formam saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde. **Interface- comunicação, saúde e educação**, (Botucatu), v.15, n.39, p. 985-996, 2011.

OLIVEIRA, F.M.C.S.N.; FERREIRA, E.C.; RUFINO, N.A.; SANTOS, M.S.S.. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Aquichán**, v.11, n.1, p. 48-65, 2011.

PEDUZZI, M.; GUERRA, D.A.D.; BRAGA, C.P.; LUCENA, F.S.; SILVA, J.A.M. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface (Botucatu)**, v.13, n. 30, p. 121-134, 2009.

PEIXOTO, L.S.; GONÇALVES, L.C.; COSTA, T.D.; MELO, C.M.T.; CAVALCANTI, A.C.D.; CORTEZ, E.A.. Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos. **Enfermería global**, v.12, n.1, p. 307-322. 2013.

PIEGAS, L.S.; Avezum, A.; Guimarães, H.P.; Muniz, A.J.; Reis, H.J.L.; Santos, E.S. et al. Comportamento da síndrome coronariana aguda: resultados de um registro brasileiro. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.100, n.6, p. 502-510, 2013.

PIEGAS, L.S.; BITTAR, O.J.N.V.; HADDAD, N. Cirurgia de revascularização miocárdica: resultados do Sistema Único de Saúde. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.93, n.5, p. 555-560, 2009.

POLANCZYK, C.A.; RIBEIRO, J.P. Coronary artery disease in Brazil: contemporary management and future perspectives. **Heart**, v.95, n.11, p.870-876, 2009.

PRADEBON, V.M.; ERDMANN, A.L.; LEITE, J.L.; LIMA, S.B.S.; PROCHNOW, A.G. A teoria da complexidade no cotidiano da chefia de enfermagem. **Acta paulista de Enfermagem**, v.24, n.1, p. 13-22, 2011.

RESCK, Z.M.R.; GOMES, E.L.R. Background and managerial practice of nurses: paths for transforming praxis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 71-77, 2008.

ROGER, V.L.; GO, A.S.; LLOYD-JONES, D.M.; BENJAMIN, E.J.; BERRY, J.D.; BORDEN, W.B. et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics-2012 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, v.125, n.1,p.188-197, 2012.

RUNCIMAN, W.; HIBBERT, P.; THOMSON, R.; VAN DER SCHAAF, T.; SHERMAN, H.; LEWALLE, P. towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**. v.21, n. 1, p. 18-26, 2009.

RUTHES, R. M.; FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, v.63, n.2, p. 317-321, 2010.

SALCI, M.A.; MACENO, M.; ROZZA, S.G.; SILVA, D.M.G.V.; BOEHS, A.G.; HEIDEMANN, I. T.S.B. Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. **Texto & contexto – enfermagem**, v.22, n.1, p. 224-230, 2013.

SALUM, N.C.; PRADO, M.L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Revista Texto & Contexto em Enfermagem**, v.23, n.2, p. 301-308, 2014.

SANTIAGO, A.R.J.V.; CUNHA, J.X.P. Supervisão de enfermagem: instrumento para a promoção da qualidade na assistência. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 3, p. 443-448, 2011.

SANTOS, J.L.G.; PESTANA, A.L.; GUERRERO, P.; MEIRELLES, BSH; ERDMANN, A.L. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista brasileira de enfermagem**, v.66, n.2, p. 257-263, 2013.

SANTOS, R.D.; GAGLIARDI, A.C.M.; XAVIER, H.T.; MAGNONI, C.D.; CASSANI, R.; LOTTENBERG, A.M. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.100, n.1Supl.3, 1-40, 2013.

SCHERER, Z.A.P.; SCHERER, E. A. Identificação dos pilares da educação na disciplina integralidade no cuidado à saúde. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.46, n.4, p. 985-993, 2012.

SCHOEN, J.; MITCHEL, R.N. **O coração**. In: Kumar, V.; Abbas, A.K.; Fausto, N. et al. Patologia básica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008. p.415-59.

SILVA, A.L.; CAMILLO, S.O. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n. 3, p. 403-10, 2007.

STANLEY, J.M.; GANNON, J.; GABUAT, J.; HARTRANFT, S.; ADAMS, N.; MAYES, C., et al. The clinical nurse leader: a catalyst for improving quality and patient safety. **Journal of Nursing Management**, v.16, n.5, p.614-622, 2008.

STIPP, M.A.C.. A gerência do cuidado na enfermagem cardiovascular. **Escola Anna Nery**, v.16, n.1, p. 7-7, 2012.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2 ed. Porto Alegre: Artimed, 2008.

STROSCHEIN, K.A.; ZOCHE, D.A.A.. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Revista Trabalho, educação e saúde** [online], v.9, n.3, p. 505-519, 2011. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso: 01 de outubro de 2012.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F.. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista brasileira de enfermagem**, v.64, n.1, p. 106-113, 2011.

APÊNDICE A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Cintia Koerich juntamente com minha orientadora Prof. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann estamos desenvolvendo o estudo intitulado: **GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA E AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE** que será apresentado como dissertação de mestrado ao programa de pós graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Frente à importância de Compreender o significado atribuído pelos enfermeiros gestores do cuidado de enfermagem ao paciente cardíaco às relações, interações e associações da prática da educação permanente em um hospital referência em cardiologia de Santa Catarina, esta pesquisa poderá beneficiar a enfermagem e a sociedade em geral com inusitados ou aperfeiçoados conhecimentos acerca do tema da pesquisa.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo (a) da garantia de sua participação. Sua participação no estudo ocorrerá por meio de concessão de entrevista áudio-gravada e assinatura deste termo. Não pretendemos expô-lo (a) a riscos ou desconfortos e você tem a liberdade de recusar-se a participar do estudo, ou se aceitar participar, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicarão nenhuma penalização ou prejuízo.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, são assegurados o sigilo e a privacidade da identidade dos participantes, o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa (CEP) do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, informação que poderá ser confirmada pelo contato (48)32719101.

Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos, antes, durante e após o curso do estudo, pessoalmente ou pelo telefone (48)

9976 8128. O conteúdo da entrevista poderá ser acessado sempre que desejar, mediante solicitação.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação voluntária, resguardando as autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____.

RG/CPF: _____.

Data: ____/____/____.

Assinatura do participante: _____.

Assinatura da pesquisadora: _____.

APÊNDICE B



INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO MODELO¹ "VISLUMBRANDO A GESTÃO DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DIANTE DA EMERGÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM QUALIFICADO EM CARDIOLOGIA"

Validador: *[Assinatura]*
 Cargo: *Enfermeiro*
 Instituição: *JNCA*

1. Apresentação e explicação dos 6 componentes do modelo paradigmático²:

Condição Causal: Influencia/desencadeia o fenômeno. Leva ao desenvolvimento do fenômeno. Responde a questão: Porquê o fenômeno acontece?

Condição contextual: Conjunto de condições onde as estratégias são tomadas. Responde a questão: Onde o fenômeno acontece?

Condição interveniente: Alteram o impacto das condições causais no fenômeno. Responde a questão: O que pode facilitar/dificultar/restringir as estratégias?

Estratégias: Resposta dos grupos ou pessoas aos acontecimentos e indicações de como elas se relaciona uma com as outras. Atos praticados para resolver o problema. Responde a questão: Quais estratégias são utilizadas para lidar/responder o fenômeno?

Consequências: Resultados das ações/interações. Responde a questão: o que acontece como resultado das ações/interações ou da falha de pessoas ou grupos em responder a situação?

Fenômeno: O que acontece. Responde a questão: O que está acontecendo por aqui?

2. A validação da aplicabilidade da TDF ao fenômeno estudado inclui quatro critérios. Aqui será aplicado 3 destes critérios sendo: ajuste, compreensão e generalização teórica³.

Ajuste: Comente sobre sua experiência pessoal ou profissional em relação ao modelo apresentado. Você se reconhece ou já vivenciou o que está representado nas categorias? Há algo que não foi contemplado?

Compreensão: Comente sobre a clareza e coerência de cada componente do modelo. Os componentes fazem sentido para você? As categorias estão nomeadas adequadamente?

Generalização teórica: O modelo pode ser considerado abrangente ao ponto de poder ser aplicado em outros cenários de saúde ou cidades?

Referências:

1. LANZONI, G.M.M. Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da atenção básica à saúde. [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
2. STRAUSS, A.; CORBIN, J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
3. SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. Acta paulista de enfermagem. v.24, n.6, p. 778-783, 2011.

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA E AS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Pesquisador: Cintia Koerich

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31061914.3.0000.0113

Instituição Proponente: Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 653.884

Data da Relatoria: 20/05/2014

Apresentação do Projeto:

Onde-se pensar na educação permanente em saúde como um instrumento de gestão do cuidado ao paciente cardíaco, e que é possível melhorar a qualidade do cuidado utilizando a educação permanente, ou seja, a partir da implementação de ações que busquem a compreensão da complexidade que envolve as inter-relações humanas, o ambiente de trabalho e o próprio processo de saúde-doença. Considera-se que através da análise das vivências de educação permanente se torna possível perceber/compreender as possibilidades e dificuldades existentes no processo de trabalho, assim como, as estratégias, habilidades e atitudes necessárias.

Diante do exposto como os enfermeiros gestores do cuidado de enfermagem ao paciente cardíaco experienciam as relações, interações e associações da prática da educação permanente em um hospital referência em cardiologia? Que significados atribuem a estas experiências.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o significado atribuído por enfermeiros gestores do cuidado de enfermagem ao paciente cardíaco às relações, interações e associações da prática da educação permanente em um hospital referência em cardiologia de Santa Catarina.

Elaborar uma matriz teórica preliminar a partir dos significados atribuídos por enfermeiros

Endereço: Rua Adolfo Donato Silva s/n
Bairro: Praia Comprida **CEP:** 88.103-901
UF: SC **Município:** SAO JOSE
Telefone: (48)3271-9101 **Fax:** (48)3271-9003 **E-mail:** cepic@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 653.884

gestores do cuidado de enfermagem ao paciente cardíaco às relações, interações e associações da prática da educação permanente à luz do pensamento complexo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem riscos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa observacional, qualitativa, TFD e teoria da complexidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Correto e completo

Recomendações:

Aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO JOSE, 20 de Maio de 2014

Assinado por:
Amândio Rampinelli
(Coordenador)

Endereço: Rua Adolfo Donato Silva s/n
Bairro: Praia Comprida **CEP:** 88.103-901
UF: SC **Município:** SAO JOSE
Telefone: (48)3271-9101 **Fax:** (48)3271-9003 **E-mail:** cepic@saude.sc.gov.br