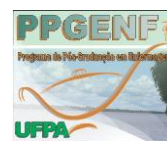




UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DA CIÊNCIA DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FRANCILENE DA LUZ BELO

METODOLOGIAS EDUCATIVAS:
instrumentos balizadores das práticas dos profissionais enfermeiros

BELÉM
2015

FRANCILENE DA LUZ BELO

**METODOLOGIAS EDUCATIVAS:
instrumentos balizadores das práticas dos profissionais enfermeiros**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de concentração: Educação, Formação e Gestão.

Orientadora: Profa. Dra Márcia Maria Bragança Lopes

BELÉM
2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) –

Belo, Francilene da Luz.

Metodologias educativas: instrumentos balizadores das práticas dos profissionais enfermeiros / Francilene da Luz Belo. - 2015
105 f.; 30 cm

Orientadora: Profª Dra. Márcia Maria Bragança Lopes
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Belém, 2015.

1. Educação médica. 2. Enfermeiros - Formação. I. Lopes, Márcia Maria Bragança, *orient.* II. Título.

CDD: 23. ed. 610.7

Bibliotecária Elisangela Silva da Costa, CRB-2, n. 983



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DA CIÊNCIA DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FRANCILENE DA LUZ BELO

**METODOLOGIAS EDUCATIVAS:
instrumentos balizadores das práticas dos profissionais enfermeiros**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de concentração: Educação, Formação e Gestão.

Apresentado em 01/04/2015

Conceito _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Márcia Maria Bragança Lopes
Orientadora
Universidade Federal do Pará

Profa. Dra. Sandra Helena Isse Polaro
Membro
Universidade Federal do Pará

Profa. Dra. Mônica Custódia do Couto Abreu Pamplona
Membro
Universidade do Estado do Pará

Dedico esta Dissertação de Mestrado às pessoas mais importantes da minha vida e que sem elas eu não seria ninguém: Meus pais maravilhosos Francisco e Leonira; meus filhos amados Thamires e Thiago; meu querido esposo Mário e meus irmãos maravilhosos que representam a união de nossa família, Francileide, Maria José, Edilene, Francisco, Keila e Milena.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por me permitir um novo amanhecer a cada dia, fazendo-me prosseguir sem desanimar, iluminando meus caminhos e conduzindo minhas pegadas, permitindo-me evoluir constantemente. Obrigada senhor, por sempre designar “Espíritos de Luz” em minha vida, auxiliando-me a transformar dificuldades em lições e obstáculos em degraus de amadurecimento.

Aos meus amados pais, Francisco e Leonira, que nunca mediram esforços para nos ensinar os significados de dignidade, honestidade e respeito. Se hoje estou onde estou e sou quem eu sou, foi porque vocês sempre nos prepararam para enfrentar o mundo com perseverança. Pai, muito obrigada pelo seu exemplo de pai dedicado, amoroso, humilde, generoso e principalmente guerreiro nos momentos difíceis, olha que não foram poucos. Te agradeço pai, por estar sempre ao nosso lado incentivando-nos a estudar e lutar pelos nossos ideais. Mãezinha querida, sou tão grata a senhora por todos os ensinamentos, por ser nossa amiga antes de tudo, confidente, mãe compreensiva e ao mesmo tempo... Você é uma heroína mãe, seus exemplos nos transformam em seres humanos melhores a cada dia. Que Deus os abençoe! Eu os amo muito e dedico essa vitória a vocês. Muito obrigada!

Ao meus amados filhos, Thamires e Thiago, que tiveram seu tempo tantas vezes sacrificado pela minha ausência, mas nunca deixaram de estar ao meu lado. Vocês, meus amores, são a minha razão de viver, de prosseguir e de lutar por um horizonte melhor para todos nós. E certamente são os maiores responsáveis por todas as vitórias e conquistas em minha vida. Obrigada por me permitirem usufruir do maior amor do mundo e de sentir, a cada dia, como é importante o carinho e a alegria de vocês na minha vida. Mamãe ama vocês.

Ao meu amado esposo Mário por sua dedicação, pela espera paciente nos momentos de ausência, por toda a sua capacidade de compreensão, por sua confiança em mim, enfim, pela sua presença em minha vida. Esta vitória também é sua!

Aos meus queridos irmãos Francileide, Maria José, Edilene, Francisco, Keila e Milena, por serem tão maravilhosos em minha vida, transmitindo sempre o verdadeiro significado de família. Muito obrigada manos, amo muito vocês.

As minhas queridas amigas/irmãs Ana Paula Martins e Ineluce Rocha por todos esses anos de amizade e companheirismo. Certamente vocês contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Às vocês o meu muito obrigada.

A minha querida orientadora Profa Dra. Márcia Bragança, pelo privilégio de me permitir compartilhar de sua tão agradável companhia durante todos esses meses. Pela paciência e sabedoria com que me conduziu até aqui, sendo a grande responsável por esta vitória, que não é minha, é sua. À senhora profa, o meu muito obrigada.

Aos meus queridos amigos da FAENF que direta ou indiretamente fizeram parte desta construção através de palavras de incentivo e de força, fazendo com que eu percebesse o quanto é importante a força de um amigo. Em especial à minha querida prima Geyse Aline Dias, profa Sandra Polaro, Roseneide Tavares, Marília Oliveira, Ronaldo Baia, entre tantos outros que, nesta fase de estudo, a memória já não contribui.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e a todos os professores do curso, pelo apoio, amizade, confiança, incentivo e conhecimentos compartilhados durante a minha formação. Muito obrigada!

Aos sujeitos da pesquisa que espontaneamente aceitaram participar deste estudo contribuindo sobremaneira para sua construção.

E a todos os amigos que estiveram ao meu lado durante essa trajetória.

“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”.

(Paulo Freire)

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, cujo objetivo foi desvelar por que o Programa de Educação Permanente em Saúde de um hospital de urgência e emergência não consegue reverter as fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento. Na composição do suporte teórico-filosófico foram utilizadas as concepções de Paulo Freire no que concerne a sua educação libertadora e dialógica. A trajetória metodológica esteve baseada nos estudos de caso de Yin, o contexto do estudo foi um Hospital de urgência e emergência e a unidade de análise foi o Programa de Educação Permanente em Saúde do hospital. Os sujeitos do estudo foram seis enfermeiros, escolhidos através dos seguintes critérios: cumprir sua escala de serviço no pronto atendimento e aceitar participar do estudo. Como técnicas de coleta de dados foram utilizadas o registro em arquivo, a observação direta e a entrevista e como procedimento de análise dos dados foi utilizado o preconizado por Strauss e Corbin. O estudo dos dados culminou em três categorias de análise, quais sejam: Programa de Educação Permanente em Saúde; Reflexos do processo de Educação Permanente em Saúde na prática profissional; Reflexos da estrutura organizacional no processo de trabalho. Os resultados possibilitaram constatar que para associar os aspectos educativos ao contexto do trabalho, faz-se necessário ensaiar um desenho de Educação Permanente em Saúde que busque instituir novas maneiras de pensar e agir em saúde, por meio de uma proposta metodológica que promova a transformação pessoal e profissional, vislumbrando a melhoria na qualidade dos serviços de saúde. Porém, outros fatores influenciam negativamente no processo de transformação, são eles: condições laborais e sobrecarga de trabalho. Conclui-se, portanto, que o Programa de Educação Permanente em Saúde do hospital contexto deste estudo, não consegue reverter as fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento, primeiramente, porque as metodologias comumente utilizadas nas ações educativas não estão fundamentadas em concepções pedagógicas problematizadoras, não proporcionando aos profissionais a construção de conhecimentos que promovam novos modos de pensar e agir em saúde, através de uma reflexão crítica sobre sua prática assistencial. Além disso, a pouca adesão dos profissionais nas ações de EPS é o reflexo de uma rotina de trabalho sobrecarregada, expostos a condições laborais precárias. Com isso, pode-se afirmar com segurança que, a aglutinação de todos esses fatores compromete o processo de Educação Permanente em Saúde, conseqüentemente, não consegue reverter as fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento.

Palavras-chave: Educação continuada. Educação em Saúde. Metodologias de Ensino. Urgência. Emergência.

ABSTRACT

It is the question of a case study of qualitative approach, which objective revealed because the Program of Constant Education in Health of a hospital of urgency and emergence does not manage to revert the fragilities of the nurses during the practices in the sector of ready service. In the composition of the philosophical-theoretical support there were used the conceptions of Paulo Freire in which liberator concerns his education and dialogic. The trajectory methodological was based on the case studies of Yin, the context of the study was a Hospital of urgency and emergence and the unity of analysis was the Program of Constant Education in Health of the hospital. The subjects of the study were six nurses chosen through the next criteria: to carry out his scale of service in the ready service and to accept to participate of the study. Techniques of collection of data were used the register in archive, the straight observation and the interview and like proceeding of analysis of the data the extolled was used by Strauss and Corbin. The study of the data culminated in three categories of analysis, what be Program of Constant Education in Health; Reflexes of the process of Constant Education in Health in professional practice; Reflexes of the structure organizational in the work process. The results made possible to note that to associate the educative aspects to the context of the work, it is made necessary to rehearse a drawing of Constant Education in Health that looks to establish new ways of thinking and of acting in health, through a proposal methodological what promotes the personal and professional transformation, glimpsing the improvement in the capacity of the health services. However, other factors influence negatively in the transformation process, they are they: conditions you labor and work overload. one concludes, so, that the Program of Constant Education in Health of the hospital context of this study, does not manage to revert the fragilities of the nurses during the practices in the sector of ready service, firstly, because the methodologies comment used in the educative actions are not based on pedagogic conceptions problematization, without providing to the professionals the construction of knowledge's that promote new ways of thinking and acting in health, through a critical reflection on his practice assistance . Besides, to little adhesion of the professionals in the actions of EPS is the reflex of a routine of work overloaded, exposed to conditions you labor precarious. Therewith it is possible to affirm with security that, the agglutination of all these factors compromises the process of Constant Education in Health, consequently, it does not manage to revert the fragilities of the nurses during the practices in the sector of ready service.

Keywords: Continued education. Education in Health. Methodologies of Teaching. Urgency. Emergence.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	O problema da pesquisa	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1	Educação Permanente em Saúde	19
2.2	Metodologias de Ensino e Aprendizagem	23
2.2.1	Metodologias Tradicionais de Ensino	24
2.2.2	Metodologias Ativas ou Problematicadoras de Ensino	26
2.2.2.1	Simulação Realística	28
2.3	Urgência e Emergência.....	30
3	REFERENCIAL TEÓRICO	35
3.1	Breve biografia de Paulo Freire	35
3.2	“Educação libertadora”, “problematicadora” ou “educação para a liberdade” de Paulo Freire	38
3.3	A Dialogicidade: essência da educação como prática de liberdade.	40
4	BASES METODOLÓGICAS	44
4.1	Conhecendo a Natureza da pesquisa	49
4.2	Explorando o caso no contexto de investigação	48
4.3	Técnica de coleta e registro dos dados	49
4.4	Análise dos dados	52
4.4.1	Codificação dos dados	53
4.5	Considerações éticas do estudo	53
4.6	Rigor da pesquisa	54
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
5.1	Programa de Educação Permanente em Saúde	56
5.1.1	Conhecimento sobre o Programa de Educação Permanente em Saúde	56
5.1.2	Desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde	58
5.1.3	Expectativa sobre o Programa de Educação Permanente em Saúde ...	64
5.2	Reflexos do processo de Educação Permanente em Saúde na prática profissional	66

5.2.1	Aplicabilidade do aprendizado no trabalho	66
5.2.2	Fragilidades profissionais no trabalho	72
5.2.3	Satisfação profissional pelo trabalho	76
5.3	Reflexos da Estrutura organizacional no processo de trabalho	78
5.3.1	O cotidiano do processo de trabalho	79
5.3.2	As Condições laborais no processo de trabalho	82
5.3.3	Sobrecarga como reflexo das condições laborais no processo de trabalho	85
6	CONCLUSÃO	91
	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICES	101
	APÊNDICE A – TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO USO DE INFORMAÇÕES E CÓPIAS DE DOCUMENTOS.....	102
	APÊNDICE B – PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO	103
	APÊNDICE C – PROTOCOLO DE ESTUDO DE CASO	104
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO	105
	APÊNDICE E – NOTAS DE ESTUDO DE CASO	106
	ANEXOS	107
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	108
	ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO E DOS AUTORES.....	109

1 INTRODUÇÃO

1.1 O problema da pesquisa

No setor saúde o ato de educar sempre esteve presente, em diferentes conjunturas e com objetivos distintos, influenciando e interferindo de maneira positiva o processo de cuidado tanto dos indivíduos quanto dos grupos. Na realidade brasileira, a política de capacitação dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) considera a Educação Permanente (EP) como estratégia educacional e de desenvolvimento dos trabalhadores da saúde e, conseqüentemente, do próprio sistema na perspectiva de sua consolidação (FERNANDES, 2012).

Por conseguinte, a concepção de EP é instituída na gestão pública da saúde brasileira, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais, bem como, da própria organização do trabalho (BRASIL, 2004).

A construção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) vem atender aos propósitos da Constituição de 1988 - art. 200, que tem como uma de suas principais competências “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”, para a institucionalização do art. 198 da mesma Constituição que prevê a descentralização da gestão, o atendimento integral e a participação social (ALVES, 2007).

Para o alcance desses propósitos o Ministério da Saúde (MS) vem investindo em políticas públicas na área da saúde e construindo estratégias com a finalidade de atender as demandas constitucionais de formação e desenvolvimento de trabalhadores para a saúde, entre elas a EP.

Assim foi criada a Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação, qualificação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (ALVES, 2007).

No setor da saúde, EP é um conceito pedagógico utilizado para expressar as relações entre ensino, ações e serviços, articulando docência e atenção à saúde. A PNEPS ampliou esse conceito, que passou a designar também as relações entre a formação e a gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007).

A produção da PNEPS representou o esforço de cumprir uma das metas da saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no trabalho e no exercício da prática profissional (ANDRADE; MEIRELLES, 2011, p. 374).

A capacitação é uma das estratégias mais utilizadas na tentativa de enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais, organizadas e planejadas e que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente (BRASIL, 2007).

Considerando as ações voltadas ao atendimento às urgências e emergências (UEs), estas, buscam prevenir agravos e promover melhorias nas salas de pronto atendimento, uma vez que boa parte das complicações ocorre em função de atendimentos realizados de forma inapropriada durante a fase aguda.

Frente a esta situação, a EP planejada para a assistência de enfermagem às UEs, tem se tornado questão primordial na busca de melhor estruturar o atendimento imediato, de forma a torná-lo resolutivo e eficaz.

Considerando o quadro brasileiro de morbidade e mortalidade relativo a todas as urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e a violência urbana, e considerando que é estratégico ao SUS garantir a capacitação continuada aos profissionais e suas equipes setoriais (BRASIL, 2007), os serviços de UE precisam desenvolver estratégias de ensino que tenham a capacidade de preparar seus profissionais para interferir, de forma positiva, nesta realidade.

Os serviços de UE, que são considerados como unidades de referência no atendimento a pacientes com quadros graves ou críticos, são reconhecidos, também, como portas de entrada para a rede hospitalar do Sistema de Saúde no Brasil.

São conhecidos igualmente pelas grandes demandas, superlotações, grande desgaste de pacientes a espera de atendimento, bem como, desgaste do profissional, na tentativa de proporcionar atendimento digno ao usuário. Essas particularidades tornam-nas unidades de grande fluxo de pessoas necessitando de atendimento e resolução rápida (SIMÕES; URBANETTO; FIGUEIREDO, 2013, p.128).

Portanto, necessitam de profissionais habilitados, qualificados e preparados para o enfrentamento dessas situações.

Neste sentido, a EP considera que os processos de capacitação de seus colaboradores devam estar embasados na problematização, objetivando a transformação das práticas profissionais, da organização do trabalho, em que as necessidades de promoção, prevenção, tratamento e recuperação de saúde das pessoas constituam a sua referência (BRASIL, 2003).

Considerando a afirmativa supramencionada, a metodologia ativa, denominada Simulação Realística (SR), pode ser considerada adequada para atender aos objetivos propostos pela EP, no que concerne ao atendimento na UE.

Há muito tempo se discute a relação entre a Enfermagem e a SR. Existem relatos dessa relação desde o início do século XX, onde eram criados cenários práticos e manequins eram usados para simular as situações reais vivenciadas na urgência e emergência. Apesar da grande distância inicial entre o ambiente simulado e o real, esse formato de ensino popularizou-se e adentrou os currículos acadêmicos de maneira global, sendo utilizado até os dias atuais (VIEIRA; CAVERNI, 2011).

O interesse no estudo surgiu tendo em vista que durante sua trajetória profissional, a autora percebeu que muitas são as dificuldades que as equipes de enfermagem enfrentam quando o assunto é atendimento de UE, principalmente pela falta de conhecimento no sentido de definir prioridades conforme o estado do doente. Importante ressaltar que, mesmo em um hospital onde são desenvolvidas práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS), com estratégias de ensino, tais como cursos, palestras, oficinas, entre outras, as dificuldades no atendimento a este tipo de doente ainda persistem.

Vale registrar que por mais de quinze anos a autora desenvolve atividades em um curso avançado de UE, utilizando metodologias ativas como método de ensino, capazes de proporcionar ao aluno um cenário mais próximo possível da realidade; usando manequins vivos e cenários criados para reproduzirem as situações vivenciadas no cotidiano da UE, onde tem observado o resultado positivo desses métodos na aprendizagem do discente.

De acordo com Araújo (2011), no contexto da EPS, o trabalho é destacado como eixo de um processo contínuo, de uma fonte inesgotável de conhecimento, objetivando a transformação da atual realidade vivenciada em nosso país. Ideologicamente, tem um papel fundamental de melhorar a formação dos profissionais e consequentemente fortalecer o SUS.

Diante desse contexto, este estudo tem como objeto o Programa de Educação Permanente em Saúde de um hospital de Urgência e Emergência.

Os programas de Educação Permanente em Saúde são fundamentais para a instrumentalização dos trabalhadores de saúde, na gerência e organização do seu cotidiano de trabalho. Por outro lado, o atendimento nas situações de UE constitui-se em um dos principais desafios à atuação do enfermeiro, uma vez que abrange pacientes graves ou críticos, os quais são também de responsabilidade ética e legal desse profissional no contexto da equipe de saúde.

O panorama epidemiológico nacional de morbidade e mortalidade aponta as doenças cardiovasculares, as causas externas e as doenças do aparelho respiratório como algumas de suas principais causas (FONSECA et al, 2011). Portanto, o enfoque da EPS, sobretudo na vigência de situações que exijam atuação imediata do enfermeiro e de sua equipe, representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Como docente e enfermeira atuante no cenário da emergência por vários anos, a autora reconhece, nos profissionais que atuam nesta área, dedicação, coragem e humildade frente às adversidades cotidianas, os limites da vida e a realidade da morte, poucas vezes encontrados em outros setores.

É nesse contexto que pretende, com o resultado desta pesquisa, contribuir com o Programa de Educação Permanente em Saúde de um Hospital de Urgência e Emergência, identificando a razão das dificuldades no processo de trabalho dos enfermeiros durante o atendimento ao doente em situações de risco, mesmo participando de treinamentos desenvolvidos pelo programa.

Acredita, ainda, que o resultado desta pesquisa servirá de base para novos estudos relacionados à temática, contribuindo para a melhoria nas práticas de enfermagem, tão necessárias nos serviços de UE. Diante dessas considerações, visando responder a problemática apresentada, traz a seguinte questão norteadora: Por que o Programa de Educação Permanente em Saúde de um Hospital de Urgência e Emergência não consegue reverter as fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento?

Baseado nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi desvelar por quê o Programa de Educação Permanente em Saúde de um Hospital de Urgência e Emergência não consegue reverter as fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento.

O interesse pelo tema desta pesquisa começou no período em que esta autora iniciou suas atividades de ensino em um curso avançado de urgência e emergência, que utilizava metodologias onde cenários eram criados com o objetivo de treinar profissionais médicos e de enfermagem para as situações da vida real.

A autora, natural de Belém-Pa, graduou-se em Enfermagem e Obstetrícia em novembro de 1996 pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Em janeiro de 1997 iniciou sua vida profissional no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), onde permaneceu por 07 (sete) anos, adquirindo experiência nas especialidades de clínica médica, pneumologia, doenças infecto-contagiosas e parasitárias, centro cirúrgico, pediatria, clínica cirúrgica, centro de terapia intensiva e atividades de ensino. Concluiu o Curso de Especialização em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva em 2007.

Em 1999, durante sua permanência no HUJBB, inseriu-se em um projeto de Educação Continuada para profissionais de enfermagem, médicos e internos do curso de medicina. Este projeto foi desenvolvido com cursos avançados de urgência e emergência intitulados *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) e *PreHospital Trauma Life Support* (PHTLS) que foram ministrados em vários municípios do estado do Pará, como parte de um projeto de Interiorização e Extensão desenvolvido pelo HUJBB/UFPA.

Em 2006 foi admitida como Supervisora do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE), onde desenvolveu atividades gerenciais e de Educação Permanente em Saúde, por meio de cursos de capacitação e treinamentos. Nesse período teve a oportunidade de observar a grande demanda de pacientes vítimas de ocorrências traumáticas e o tipo de atendimento que lhes era prestado, identificando atendimentos fragmentados e ineficazes frente as necessidades da clientela.

O planejamento de atividades educativas e a participação em cursos avançados de urgência e emergência, permitiram a construção de uma visão mais abrangente e mais crítica sobre a importância da metodologia utilizada para o impacto no aprendizado do profissional.

Muitos foram os fatores que contribuíram para sua inquietação em relação a importância dos métodos de ensino, dentre os quais o fato dos profissionais enfermeiros não estarem preparados tecnicamente para atender os doentes nas salas de urgência e emergência. Ressalta-se que foi depois de ingressar no quadro

de docentes da Universidade Federal do Pará, em 2010, e assumir a atividade curricular Enfermagem em Urgência e Emergência, acompanhando os alunos no setor de pronto atendimento de um Hospital de Urgência e Emergência, que as dificuldades no atendimento às vítimas de eventos traumáticos se tornaram mais evidentes.

Observou-se que, apesar do Hospital de Urgência e Emergência (HUE) possuir o Programa de Educação Permanente em Saúde e promover atividades de ensino, em sua totalidade por meio de métodos tradicionais, denominados por Paulo Freire de “Educação bancária”, os profissionais, mesmo sob treinamento, demonstram fragilidades nos atendimentos, particularmente no que se refere às necessidades da clientela.

Importante salientar que o enfermeiro tem um papel fundamental no primeiro atendimento e precisa estar preparado para qualquer intercorrência, raciocinando criticamente em todas as etapas do atendimento, portanto, os programas de Educação Permanente em Saúde devem promover estratégias que sejam capazes de desenvolver o raciocínio crítico e reflexivo, problematizando a realidade do serviço e facilitando o processo ensino-aprendizagem.

O ingresso no mestrado, no início de 2012, proporcionou à autora um amadurecimento intelectual que lhe permitiu somar conhecimentos adquiridos na docência à sua experiência profissional, levando-a a enfrentar o desafio de desenvolver um estudo para desvelar por quê os enfermeiros demonstram fragilidades no atendimento, mesmo sob treinamento através do programa de Educação Permanente em Saúde de um Hospital de Urgência e Emergência.

Esta pesquisa está estruturada em seis capítulos, assim distribuídos:

O primeiro capítulo, trata-se desta introdução, nela é apresentada a questão problematizadora, as motivações para a feitura desta pesquisa.

A Revisão da literatura é o ponto focal do segundo capítulo, enfatizando-se as temáticas: Educação Permanente em Saúde, Metodologias de Ensino e Urgência e Emergência.

No terceiro capítulo, apresenta-se o suporte teórico, fundamentado pelas concepções educativas de Paulo Freire.

O quarto capítulo descreve-se o caminho metodológico seguido, que foi embasado em Robert K. Yin e Strauss e Corbin, respectivamente, nos métodos

Estudo de Caso e Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), esta, somente para a análise dos dados.

No quinto capítulo apresenta-se os resultados e discussões, foi composto por três categorias emergidas das falas dos entrevistados, a saber: **Programa de Educação Permanente em Saúde**, composto por três sub-categorias- conhecimento sobre o Programa de Educação Permanente em Saúde, desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde e expectativa sobre o Programa de Educação Permanente em saúde; **Reflexos do processo de Educação Permanente em Saúde na prática profissional**, composto por três sub-categorias- aplicabilidade do aprendizado o trabalho, fragilidades profissionais no trabalho e satisfação profissional pelo trabalho; **Reflexos da estrutura organizacional no processo de trabalho**, composto por três sub-categorias- o cotidiano do processo de trabalho, as condições laborais no processo de trabalho e sobrecarga como reflexo das condições laborais no processo de trabalho.

No sexto e último capítulo apresenta-se as reflexões conclusivas deste estudo que se propôs investigar o Programa de Educação Permanente em Saúde de uma instituição e sua interferência na reversão das fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Com intuito de buscar informações sobre o porquê do Programa de Educação Permanente em Saúde de um Hospital de Urgência e Emergência não conseguir reverter as fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento, foi realizado levantamento de produções científicas. Buscaram-se fontes documentais nas bases informatizadas: Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Ministério da Saúde pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de consulta às bibliografias impressas. As estratégias de busca consistiram no uso dos descritores Educação Continuada, Educação em Saúde, Metodologias, Ensino, Urgência, Emergência.

A pesquisa forneceu um acervo de documentos tais como teses, dissertações e artigos, que embasaram a elaboração deste capítulo, abordando aspectos históricos e conceituais da Educação Permanente em Saúde, Metodologias de Ensino como instrumento de Educação Permanente em Saúde, Urgência e Emergência.

2.1 Educação Permanente em Saúde

A Educação em Saúde (ES) constitui instrumento para a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades, por meio da articulação de saberes técnicos e populares, de recursos institucionais e comunitários (SOUSA et al, 2010, p. 56). Dessa forma, a ES torna-se um exercício de construção da cidadania, pois, por meio do processo educativo, as novas gerações adquirem valores culturais e reproduzem ou transformam os códigos sociais da sociedade em que vivem.

A ES insere-se no contexto da atuação da enfermagem, como meio de estabelecer relação dialógico-reflexiva entre enfermeiro e cliente, buscando conscientizar este de sua situação de saúde-doença, para assumir o papel de sujeito de transformação da sua própria realidade (SOUSA et al, 2010).

Neste contexto, Freire foi um dos grandes precursores, talvez o maior, dessa filosofia de educação em saúde libertadora/transformadora, onde, “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (FREIRE, 2013a, p. 47).

Neste sentido, ainda precisa-se refletir muito sobre formação para a área da saúde. Esta deveria ter como objetivos a organização do processo de trabalho e a transformação das práticas profissionais, ancoradas na problematização como base estrutural para o seu alcance. Porém, formar para o cuidado em suas várias dimensões e necessidades, considerando as pessoas e as comunidades, ainda constitui-se um desafio para as instituições formadoras.

No Brasil, o sistema educacional vem passando por várias transformações, ocasionando mudanças na formação acadêmica e profissional. Novas metodologias foram incorporadas nas instituições de ensino. Simultaneamente, ocorreram mudanças políticas, sociais e econômicas que culminaram na instauração de processos e relações sociais dentro de princípios democráticos (ARAÚJO, 2011).

Segundo Ceccim (2009), o ensino da saúde não pode ser sintetizado no debate do currículo de conteúdos e planejamento de abordagens docentes. O ensinar e o aprender saúde são dois movimentos componentes das relações de aprendizagem, as quais implicam reconhecer as especificidades desses movimentos e do próprio objeto “ensino da saúde”.

A formação atual do enfermeiro, influenciada pelo advento das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem, instituídas pela Resolução nº 3, de 07 de novembro de 2001, está pautada na integração de saberes, ampliação de vínculos com a sociedade e voltada para a aprendizagem vivencial, comprometida com a prevenção, promoção e reabilitação da saúde humana. No entanto, entende-se que não basta apenas a reestruturação curricular.

Sua consolidação depende de todos os envolvidos, docentes, discentes, gestores, profissionais de saúde etc.

Para tanto, é preciso ter clareza de “por que, para que e como vamos fazer a formação desses profissionais, reconhecendo o tipo de homem que queremos formar e o tipo de sociedade que queremos promover” (REIBNITZ; PRADO, 2006, p.121, grifo nosso).

E, pois, neste sentido, o processo formativo e as práticas de saúde precisam estar associadas, ou seja, implica em um trabalho conjunto entre saberes e práticas de saúde para o fortalecimento da formação do enfermeiro.

Portanto, para o exercício da Enfermagem,

[...] faz-se necessário lançar mão de processos de formação que possibilitem aos egressos a capacidade de investigação e de entender

como se produz o saber (aprender a aprender), criando condições para uma educação permanente, [...], permitindo a utilização de capacidade crítica e de construção do conhecimento, sendo que essa capacidade deve ser posta a serviço dos interesses maiores da sociedade (LOPES, 2009, p. 47).

Muito tem se evoluído no contexto da organização do processo de trabalho e na transformação das práticas profissionais. No campo dos sistemas de saúde, os debates acerca da educação e desenvolvimento dos recursos humanos levaram a contrastar os paradigmas das denominadas Educação Continuada (EC) e Educação Permanente (EP) (BRASIL, 2009).

Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a Educação Continuada, tradicional recurso no setor de Saúde, se caracteriza por:

- Representar uma *continuidade* do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização;
- conceituar tecnicamente a prática enquanto campo de aplicação de conhecimentos especializados, como continuidade da lógica dos currículos universitários, que se situa no final ou após processo de aquisição de conhecimentos. Por este fato se produz uma distância entre a prática e o saber (compreendido como o saber acadêmico) e uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática;
- ser uma estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo: são cursos periódicos sem sequência constante;
- ter sido, em seu desenvolvimento concreto, dirigida predominantemente ao pessoal médico e alcançado, com menos ênfase, o grupo de enfermagem. Centrada em cada categoria profissional, praticamente desconsiderou a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores (BRASIL, 2009, p. 43).

Alves (2007) enfatiza que a EC é considerada e utilizada por alguns autores como uma metodologia que apenas faz reciclagem profissional, referente ao modelo de saúde vigente.

De encontro a esta afirmação, a PNEPS ressalta que as capacitações têm como objetivo sensibilizar os profissionais acerca do novo enfoque dado aos processos de trabalho, na expectativa de que informações e conhecimentos adquiridos durante o processo de educação continuada, sejam incorporados às práticas cotidianas (BRASIL, 2009).

No que concerne à Educação Permanente, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços,

- Incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem;
- Modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer;
- Colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;
- Abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;
- Ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias (BRASIL, 2009, p. 46).

É na perspectiva de produção de sentidos do cotidiano que se afirma a EPS. Portanto, instrumentalizar os trabalhadores da saúde para gerir e organizar sua própria atuação no cotidiano é o pressuposto fundamental da PNEPS (ALVES, 2007, p. 25).

Dentro do contexto de EPS, convém ressaltar que o trabalho é destacado como eixo de um processo contínuo, de uma fonte inesgotável de conhecimentos, objetivando a transformação da atual realidade vivenciada em nosso país. Ideologicamente, tem um papel fundamental de melhorar a formação dos profissionais e consequentemente fortalecer o SUS (ARAÚJO, 2011).

Para Ceccim (2005) a EPS pode corresponder à 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 orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar.

Segundo Alves (2005) o conceito de EPS advém do ideário freireano. Ela constitui-se como processo inacabado como o Ser humano, inserida no curso da história. A perspectiva que a PNEPS apresenta é a mesma do processo de trabalho em constante mudança. O conhecimento apresenta um devir constituinte de novos conceitos e, consequentemente, outras práticas. Assim,

[...] na Educação Permanente, parte-se dos pressupostos da inesgotabilidade e transitoriedade do saber e do dinamismo, imutabilidade dos seres e dos grupos humanos, num constante devenir (vir a ser). Isso implica uma concepção da ação educativa como espaço ilimitado em que estímulos coexistem e se sucedem (VILLAS BOAS, 1998, p.18).

A EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja

baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços (BRASIL, 2004c, p.10). Neste sentido, ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2009).

Corroborando com este pensamento, Ceccim e Feuerwerker (2004) enfatizam que é a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

Portanto, a EPS pode ser considerada um importante instrumento de qualificação profissional, dentro das políticas públicas de saúde, ancoradas nos princípios norteadores de igualdade, liberdade, qualidade, gestão democrática e valorização dos sujeitos desse processo.

2.2 Metodologias de Ensino e Aprendizagem

A acepção originária de método diz respeito ao caminho a ser seguido — do grego *meta* = atrás, em seguida, através e *hodós* = caminho —, referindo-se, por conseguinte, aos passos que deverão ser dados para se atingir um lugar ou um fim (MITRE et al, 2008).

Em ciências, o significado de método diz respeito a maneira ou a forma que o cientista escolhe para ampliar o conhecimento sobre determinado objeto, fato ou fenômeno através de uma investigação. É uma série de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para atingir determinado conhecimento ou elucidar algum fenômeno (ZANELLA, 2009).

Considerando as metodologias de ensino, onde a educação é o principal objetivo, recorrer ao sentido etimológico de método torna-se bastante pertinente, especialmente, nos últimos anos, nos quais vêm sendo amplamente debatidas as melhores veredas para a formação do aluno (MITRE et al, 2008).

Neste sentido, ao nos reportarmos ao processo ensino/aprendizagem, as metodologias de ensino representam uma escolha importante e decisiva quando se pretende alcançar a aprendizagem significativa ou a verdadeira aprendizagem. Isso significa que, “nas condições de verdadeira aprendizagem os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber

ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo” (FREIRE, 2013a, p.28).

Neste contexto, esta investigação ressalta dois tipos de metodologias que são relevantes para este estudo: Metodologias tradicionais e metodologias ativas ou problematizadoras.

2.2.1 Metodologias Tradicionais de Ensino

A sociedade das décadas de 60 e 70 passou por uma verdadeira mudança e era papel da escola tentar acompanhá-las (ATAIDE; SILVA, 2011).

Entretanto, a escola, neste período, vivia um momento fortemente impregnado por uma tendência tecnicista, amparada em uma filosofia de ensino tradicionalista, na qual o professor era o centro do processo de ensino-aprendizagem e o aluno um ser passivo, onde o seu papel, nessa história, era de servir de receptáculo das informações do mestre (ATAIDE; SILVA, 2011, p. 173).

Nesse modelo, o processo ensino-aprendizagem se restringia à reprodução do conhecimento, no qual o docente assumia um papel de transmissor de conteúdo, ao passo que, ao discente, cabia a retenção e repetição dos mesmos, em uma atitude passiva e receptiva (MITRE et al, 2008).

Essa visão de ensino-aprendizagem traz no seu cerne uma variedade de posturas epistemológicas, por exemplo: o aluno sendo uma tábula rasa, ou seja, não possuidor de ideias anteriores ao chegar à escola (ATAIDE; SILVA, 2011). Sendo assim, esta concepção não privilegia o saber do educando, desconsidera inteiramente o conhecimento prévio do aluno e limita-se a um processo narrativo ou dissertativo de conteúdos, que implica um sujeito, o narrador e os objetos pacientes e ouvintes, os educandos (FREIRE, 2013b).

Portanto, a tônica desta educação é preponderantemente narrar, sempre narrar, falando da realidade como algo estático, completamente alheio à experiência existencial dos educandos. “Nela, o educador aparece como seu indiscutível agente, como seu real sujeito, cuja tarefa indeclinável é encher os educandos dos conteúdos de sua narração” (FREIRE, 2013b, p.79).

Na concepção freireana, este tipo de educação caracteriza-se pela sonoridade da palavra e não pela sua força transformadora. A narração conduz os

educandos a memorização mecânica dos conteúdos narrados, transformando o ato de educar em ato de depositar informações, assim, em lugar de comunicar-se, o educador faz comunicados, enquanto os educandos recebem as informações passivamente, memorizam e repetem (FREIRE, 2013b).

Segundo Freire (2013b), este tipo de educação denomina-se “Educação Bancária”, caracterizada pelo ato de “depositar” informações nos educandos de maneira incontestável. Neste tipo de educação, o educador é o que sabe e os educandos, os que não sabem; o educador diz a palavra e os educandos escutam docilmente; o educador é o sujeito do processo e os educandos são meros objetos.

É notório que neste tipo de educação inexistente relação dialógica, pois o diálogo é uma exigência existencial, é um encontro entre os homens, é uma relação onde o refletir e o agir se interagem com o objetivo de transformar o mundo. Neste sentido, “o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens” (FREIRE, 2013b, p.109). Esta relação não existe na “educação bancária”.

Freire (2013a) insiste na defesa de que ensinar não é transferir conhecimento. O conhecimento precisa ser apreendido pelos educandos, precisa ser testemunhado, vivido, para tanto, o educador não pode colocar-se na posição de Ser superior, como acontece na “educação bancária”. É preciso persistir na busca por metodologias de ensino que privilegie o saber do educando e valorize suas experiências, seus anseios e suas angústias.

Segundo Ataíde e Silva (2011) foi na década de 80 que este modelo de ensino-aprendizagem foi contestado, pois mostrava, em alguns casos, não dar conta de instrumentalizar os alunos frente às teorias científicas.

Assim, “o modelo construtivista, que surgiu como antagônico ao modelo tradicionalista e de natureza behaviorista, seria empregado na inovação e construção de várias metodologias de ensino” (ATAÍDE; SILVA, 2011, p. 173).

Uma ação de ensino da qual resulta a aprendizagem do estudante deve superar o simples dizer do conteúdo por parte do professor, pois é sabido que, na aula tradicional, que se encerra numa simples exposição de tópicos, somente há garantia da citada exposição e nada se pode afirmar acerca da apreensão do conteúdo pelo aluno. Segundo Freire (2013a), ensinar exige apreensão da realidade e nós, homens e mulheres, somos os únicos seres capazes de apreender e é por causa dessa habilidade que nos é possível reconstruir um mal aprendido.

Para se alcançar a verdadeira aprendizagem, é imperioso que a prática educativa se torne prazerosa, onde o aprender é compreendido como uma aventura criadora, superando a simples exposição de conteúdo ou a mera repetição da lição dada. É nessa superação da exposição tradicional, como única forma de explicitar os conteúdos, que se inserem as estratégias de ensino (MITRE et al, 2008).

2.2.2 Metodologias Ativas ou Problematicadoras de Ensino

O movimento da pedagogia crítica, desencadeada por alguns educadores na tentativa de resgatar a relevância dada ao saber elaborado e historicamente acumulado, ganhou força no final da década de 1970 e início da década de 1980 (MARIN et al, 2010). Esta concepção crítica pressupõe uma educação voltada para a formação de novas redes de relações dinâmicas e em constante transformação, visando o fortalecimento do processo ensino-aprendizagem, onde o ensinar e o aprender estão inseridos em uma relação dialética, com o objetivo de formar um indivíduo protagonista de sua própria realidade.

Neste contexto, a educação contemporânea deve pressupor um discente capaz de auto gerenciar ou autogovernar o seu próprio processo de formação (MITRE et al, 2008).

Partindo desse princípio, o uso de metodologias ativas de aprendizagem parece ser um bom caminho para a formação discente, pois busca a participação ativa dos alunos no processo ensino-aprendizagem (BEZ et al, 2012).

Neste contexto, vêm ganhando destaque as metodologias ativas de aprendizagem, mais comumente traduzidas como “Problematização” e “Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)”, que, embora distintas, apresentam muitas semelhanças, visto que ambas se propõem a romper com os métodos tradicionais de ensino-aprendizagem (MARIN et al, 2010, p.14).

Segundo Freire (2013b), problematizar significa exercer uma análise crítica sobre a realidade problema, com isso, ao problematizar uma situação concreta, o educando começa a perceber que, quanto mais a análise da realidade vai se aprofundando, maior será a possibilidade de desnudar os seus mitos ou afirmá-los. Portanto, a aplicação de metodologias problematizadoras representa um instrumento importante na perspectiva de um ensino voltado à formação ética, crítica, reflexiva e

transformadora, construindo conhecimento a partir das experiências reais e significativas.

As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas (MITRE et al, 2008, p.2136).

Neste tipo de metodologia as competências a serem desenvolvidas são orientados a partir da apresentação de um problema, real ou fictício, em seguida os alunos recorrem a conhecimentos prévios, assim como buscam também novos conhecimentos para a resolução do mesmo. O principal fundamento desse método é ensinar o aluno a aprender e pesquisar a partir de diversas fontes de investigação. (BEZ et al, 2012).

Para tanto, é imprescindível que o futuro educador vivencie as novas metodologias no seu dia-a-dia, só assim poderá passar por uma avaliação mais elaborada do desenvolvimento de sua prática, evitando com isso posturas acríticas comumente repetidas em sala de aula (ATAIDE; SILVA, 2011). Porém, para a eficácia dos novos métodos de ensino, é imprescindível valorizar a natureza da prática educativa como prática formadora, onde o preparo científico do educador deve coincidir com sua retidão ética (FREIRE, 2013a).

Esta ética a qual Freire (2013a) se refere é a ética universal do Ser Humano, algo absolutamente indispensável à convivência humana, por isso a importância de valorizar a natureza ética da prática educativa enquanto prática especificamente humana.

Essa nova maneira de ensinar trouxe à tona novas propostas e novos desafios, especialmente a necessidade de refletir sobre a implementação de modelos alternativos à contextos reais de aprendizagem (ANJOS et al, 2012). Esta nova concepção de ensino exige respeito à autonomia e à dignidade de cada sujeito e esse respeito só emerge no âmago de uma relação dialética na qual os atores envolvidos, docente e discente, se reconhecem mutuamente de modo a não haver docência sem discência (MITRE et al, 2008).

No encontro a este pensamento Teófilo e Dias (2009, p.139) afirmam que, “os papéis compartilhados entre educandos e educadores conduzem a uma relação dialogicamente verdadeira, quando os sujeitos dialógicos aprendem e crescem na

diferença”. Porém, isto só se torna possível na medida em que o educador tenha como características principais a humildade, a amorosidade e a compaixão, reconhecendo os limites de seu conhecimento, o ganho substantivo advindo da sua interação com o estudante e a importância de sua avaliação pelo aprendiz (MITRE et al, 2008).

Considerando os processos de mudança na educação, em especial, na educação de profissionais de saúde e ainda a demanda por novas formas de trabalhar o conhecimento, torna-se relevante as discussões acerca das melhores estratégias para o desenvolvimento de habilidades para os profissionais de saúde. No encontro a esta afirmação, Anjos et al (2012, p. 29) ressaltam que “em experiências que têm como ênfase o desenvolvimento de atividades sensório-motoras incluem-se também contextos que envolvem estratégias de ensino-aprendizagem para a aquisição de habilidades”.

Neste contexto, para o desenvolvimento de competências reais e práticas no trabalho em saúde, é indiscutível a defesa do compartilhamento de saberes e experiências como instrumento do desenvolvimento de competências profissionais em saúde (ANJOS et al, 2012).

O aprendizado é um processo complexo que não acontece de forma linear, ele emerge a partir de uma rede de conexões entre os conhecimentos anteriores e os novos conhecimentos, produzindo saberes que darão sentido ao novo aprendizado. É nessa perspectiva que se faz importante o uso de metodologias ativas de ensino para os profissionais de enfermagem. No encontro a esta afirmação, estudo realizado por Teófilo e Dias (2009) afirma que, por se tratar da educação de adultos, na qualificação do enfermeiro, deve-se pressupor a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Existem diversos tipos de metodologias ativas comumente utilizadas no ensino de profissionais de saúde, em especial, de profissionais enfermeiros, que já demonstraram eficácia no processo de aprendizagem. Sendo assim, segundo Anjos, Nunes e Tori (2012, p.148), “uma estratégia para envolver o aluno no seu processo de aprendizagem é o uso de simuladores”, denominando esta estratégia de simulação realística.

2.2.2.1 Simulação Realística

Um dos desafios da educação está na crescente tendência à busca de métodos inovadores, que permitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, para efetivamente alcançar a formação do homem como um Ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação (MITRE et al, 2008).

Muitas tecnologias vêm surgindo com o intuito de proporcionar ao aluno o desenvolvimento de habilidades.

Dentre as tecnologias existentes, a literatura destaca a simulação clínica como uma estratégia que possibilita o desenvolvimento do pensamento crítico, bem como o aumento da habilidade para a avaliação e tomada de decisão, atitudes que serão requeridas na prática assistencial (TEIXEIRA et al, 2011, p. 188).

A simulação específica à área da saúde é uma tentativa de reproduzir os aspectos essenciais de um cenário clínico para que, quando um cenário semelhante ocorrer em um contexto clínico real, a situação possa ser gerenciada facilmente e com êxito (JEFFRIES et al, 2008). Assim, permite que o aluno enfrente situações muito próximas da realidade e que serão vivenciadas no cotidiano dos hospitais.

As tendências pedagógicas para a educação em enfermagem também apontam para a adoção de metodologias inovadoras que favoreçam o processo ensino-aprendizagem (SANINO, 2012, p. 149). Nesse contexto, as discussões sobre o processo de formação do enfermeiro envolvem estratégias de ensino que sejam capazes de desenvolver novas competências e habilidades necessárias ao desenvolvimento das práticas de saúde.

O uso da simulação na educação dos profissionais de enfermagem possibilita aos alunos praticar as habilidades necessárias em um ambiente que permite erros e crescimento profissional, sem arriscar a segurança do paciente (SANINO, 2012). Neste sentido, a simulação vem ganhando forças na educação em enfermagem nos últimos quarenta anos (SANTOS; LEITE, 2010).

Os cenários criados nos laboratórios de simulação realística têm como ênfase o desenvolvimento de atividades sensório-motoras, em contextos que envolvem estratégias de ensino-aprendizagem para a aquisição de habilidades (ANJOS et al, 2012).

Os simuladores podem ser classificados como de baixa, moderada ou de alta fidelidade, de acordo com sua capacidade de reproduzir precisamente sons ou imagens (TEIXEIRA et al, 2011).

Outra forma de proporcionar um cenário realístico, sem a utilização de bonecos, é a simulação utilizando manequins vivos. Nesta simulação, atores são usados como manequins e são preparados de acordo com o caso clínico que irão representar no cenário. Estes manequins são previamente orientados para simularem alterações clínicas pertinentes ao caso clínico que cada vítima representará.

Silveira e Riesco (2008) enfatizam os resultados positivos quando o manequim de simulação (bonecos) e o manequim vivo (simulado por pessoas) são comparados no quesito fixação de aprendizado. Neste sentido, fica claro a aplicabilidade da simulação realística, principalmente quando ela é desenvolvida em alguns ambientes de ensino de alta tecnologia, como o Centro de Simulação Realística do Hospital Albert Einstein, em São Paulo, onde manequins e atores são inseridos em uma estrutura denominada “hospital-virtual”.

É óbvio que o ensino com simulação não busca substituir o contato entre pacientes e profissionais de saúde, pilar necessário ao desenvolvimento de habilidades desses profissionais. “O ensino por simulação permite que situações previamente selecionadas, planejadas e validadas, possam ser desenvolvidas até que se atinja alto nível de proficiência” (TEIXEIRA et al, 2011, p.191).

Neste sentido, o ensino através da simulação realística pode contribuir com a Educação Permanente em Saúde nos serviços de urgência e emergência, possibilitando práticas seguras em ambientes simulados, evitando a exposição do doente a possíveis iatrogenias e preparando os profissionais para a realidade nesses serviços.

2.3 Urgência e Emergência

Do latim *urgentia*, o termo urgência faz referência à qualidade de aquilo que é urgente (que urge). Uma urgência é algo que se deve resolver de forma imediata. Para o Conselho Federal de Medicina, define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata (ROMANI et al, 2009).

Segundo o manual de treinamento do protocolo Suporte Avançado de Vida no Trauma para Médicos (Advanced Trauma Life Support for Doctors – ATLS-2008), que organiza e sistematiza o atendimento inicial às vítimas de eventos traumáticos, o conceito da, assim chamada, ‘hora de ouro’ dá ênfase à urgência necessária para que o tratamento das lesões com risco de morte seja bem sucedido com o objetivo de garantir a melhor evolução possível do doente traumatizado. Este tempo pode variar de acordo com a gravidade do doente (ATLS, 2012).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (RESOLUÇÃO CFM nº 1.451/95). Frente a esse quadro, o que mais importa nas situações de emergência é chamar a atenção para o risco eventual, possível ou potencial. E, para tanto, necessita de profissionais qualificados e preparados para interferir de forma positiva nestas situações de risco, melhorando a assistência e as práticas de atenção à saúde nos Serviços Hospitalares de Emergência (SHE).

Para Bellucci Júnior e Matsuda (2011), em SHE, quando se discute a estrutura para dar suporte ao atendimento de qualidade, imediatamente se pensa em estratégias para organizar as filas de espera, principalmente no segmento relacionado à recepção do usuário. Já os estudos de Santos e Lima (2011, p. 696) ressaltam que “os SHE possuem características próprias que influenciam a organização do trabalho e a gerência do cuidado”. Neste sentido, se torna imperativo a implantação de uma política que promova ações nos serviços de saúde que garantam aos usuários acesso a uma atenção resolutiva, de qualidade, humanizada e em tempo adequado para os doentes em iminente risco de morte.

A construção de uma política pública para a atenção às urgências e emergências no Brasil envolveu três momentos principais:

1998-2002 - Primeiras iniciativas de regulamentação; 2003-2008 - formulação e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências e emergências, com priorização do Samu; e a partir do final de 2008 - continuidade do Samu e implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24hs) (MACHADO et al, 2011, p.521).

Em 29 de setembro de 2003 foi criada a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAUs), instituída pela Portaria n. 1.863/GM, onde ressalta que “a

Atenção às Urgências e Emergências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação” (BRASIL, 2003). Esta política foi elaborada sob os preceitos constitucionais do SUS e representou, à época, um importante avanço na Reforma Sanitária Brasileira para o capítulo das urgências.

A PNAUs tem como objetivos garantir a universalidade, integralidade e equidade no atendimento às urgências e emergências, bem como, a distribuição de recursos e redimensionamento das redes de atenção, desenvolvendo estratégias de promoção da qualidade de vida, construção de mapas de risco e adoção de protocolos de atenção às necessidades coletivas em saúde (BRASIL, 2003).

No Brasil, o atendimento às urgências e emergências mostra deficiências estruturais do sistema de saúde, como: dificuldades de acesso em vários níveis de atenção, insuficiência de leitos especializados, incipiência dos mecanismos de referência e inadequação na formação dos profissionais de saúde (MACHADO et al, 2011).

Frente a esta realidade, o atendimento nas unidades de urgência e emergência ainda tem se caracterizado como fonte de permanente tensão entre trabalhadores da saúde e a sociedade. Nesses serviços, muitas situações de saúde que se apresentam no cotidiano como urgências, são, na verdade, demandas reprimidas de outros serviços, que não tiveram a capacidade para atendê-las com o grau de eficiência e eficácia necessários para a resolução de seus problemas de saúde. Esta situação ainda constitui-se, na visão dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores do SUS, como um dos mais importantes problemas de saúde em nosso país.

No Brasil, parte expressiva da população busca consultas nos pronto-socorros dos hospitais, apesar da ampliação da oferta de serviços de atenção básica desde 1990. Assim,

[...] os hospitais ainda são importantes portas de entrada para a assistência médica, o que pode se relacionar a dificuldades no acesso oportuno a serviços básicos, especializados e de apoio diagnóstico (MACHADO et al, 2011, p. 520).

Os estudos de Puccini e Cornetta (2008) concluíram que o atendimento médico oportuno na atenção básica é fundamental para superar a deficiência

numérica nos prontos-socorros, como também, a organização fragilizada e recursos insuficientes para esse nível de atenção.

A Portaria nº 1.600/MG/MS, de 7 de julho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Esta iniciativa tem como finalidade articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011).

Segundo a Portaria GM/MS nº 4.279, Rede de Atenção às Urgências são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integrados, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Ainda levando em consideração a Portaria GM/MS nº 4.279, destacam-se algumas diretrizes da Rede de Atenção às Urgências:

- Ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;
- Regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção;
- Humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- Articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde;
- Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho;
- Regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências;
- Qualificação da assistência, por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS, na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização (BRASIL, 2010).

No Brasil existe grande demanda de usuários na busca por atendimento nos Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência (SHUE), porém, a grande maioria apresenta quadros clínicos de baixa complexidade que poderiam ser atendidos ou tratados nas Redes Básicas de Saúde (BRASIL, 2009), conseqüentemente, levando a um aumento expressivo da demanda nesses serviços. Este aumento resulta em uma abordagem de acordo com a ordem de chegada, bem como, provoca situações que comprometem a qualidade do atendimento como: trabalhadores estressados, insuficiência de recursos, taxa de ocupação acima de 100%, desmotivação para o trabalho, entre outros (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Frente a esta situação e com o propósito de melhorar a qualidade da assistência em saúde, vários países, em todo o mundo, investiram em políticas públicas voltadas à recepção do usuário nas unidades de saúde. No Brasil, o MS propôs, em 2004, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS/HumanizaSus que apresenta o Acolhimento ao usuário como um dos “pontos-chave” à humanização do atendimento e das relações de trabalho (BRASIL, 2004).

Com a criação do HumanizaSus, destacam-se os dispositivos do acolhimento e da avaliação com classificação de risco, que surgiram com o objetivo de interferir de forma positiva na reorganização das relações de trabalho e assistência nos setores de urgência e emergência ou pronto-atendimento.

Segundo Aurélio, dicionário da língua portuguesa, o termo acolhimento está relacionado ao “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, refúgio, abrigo, agasalho”. Acolher significa: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; dar ouvidos a; admitir, aceitar (PEREIRA, 2006).

No âmbito da saúde, o conceito Acolhimento é definido como uma ação que coloca o usuário como participante ativo no processo de construção das relações de produção do cuidado (BRASIL, 2004).

Quanto a Humanização, segundo o mesmo autor, é entendida como:

[...] um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS. Estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas, em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos Inter profissionais e entre estes e os usuários, na produção de saúde (BRASIL, 2004, p. 08).

Neste contexto, articular acolhimento com avaliação/classificação de risco e humanização, seria uma importante estratégia para alcançar os objetivos propostos pelo MS, quando se pensa em melhorias nas unidades de pronto-atendimento e na qualidade do atendimento prestado aos usuários do SUS, nos serviços de urgência e emergência.

Partindo-se do pressuposto que, nos serviços de urgência e emergência atendem-se não somente indivíduos com quadros graves ou críticos e que, na grande maioria dos Estados Brasileiros, esta demanda supera consideravelmente a oferta, levando a superlotação dos serviços, torna-se imperativo iniciativas de

qualificação profissional, com o objetivo de preparar os trabalhadores da saúde para enfrentar diariamente essa realidade caótica

Neste sentido, estratégias como Educação Permanente em Saúde, voltadas para a integralidade da assistência, levando em consideração as necessidades de saúde do trabalhador, a humanização do serviço e o acolhimento com classificação de risco, podem representar uma das principais estratégias utilizadas para o gerenciamento da qualidade nos serviços de urgência e emergência.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresentam-se como suporte teórico, as concepções de Paulo Freire sobre a Educação Problematicadora e sua proposta aberta, inovadora e dinâmica.

O autor traz em sua obra uma proposta de ensino onde educador e educando se educam no diálogo, mediatizados pelo mundo, e ambos tornam-se sujeitos do processo de aprendizagem. O educador não leva ao aluno uma mensagem salvadora, mas, junto com ele, mediatizados pela realidade, busca respostas para os desafios da reflexão e da ação.

3.1 Breve biografia de Paulo Freire

Paulo Reglus Neves Freire, conhecido no Brasil e no exterior apenas como Paulo Freire, nasceu em 19 de setembro de 1921, em Recife, Pernambuco, na Estrada do Encanamento, bairro da Casa Amarela, e faleceu em 02 de maio de 1997, em São Paulo. Filho de Joaquim Temístocles Freire, espiritualista, natural do Rio Grande do Norte, oficial da Polícia Militar, e de Edeltrudes Neves Freire, católica, natural de Pernambuco (LOPES, 2009).

Com muitas dificuldades fez seu exame de admissão ao ginásio aos 15 anos e aos 20 anos, no curso pré-jurídico, já lera os “Serões Gramaticais”, de Carneiro Ribeiro, a “Réplica” e a “Tréplica”, de Rui Barbosa, alguns gramáticos portugueses e outros brasileiros, e começava a introduzir-se em estudos de Filosofia e Psicologia da Linguagem, enquanto se tornava professor do curso ginasial. Iniciou, então, leituras de obras básicas da literatura brasileira e algumas estrangeiras (LOPES, 2009, p. 70).

Como professor de Português, satisfazia o gosto especial que tinha pelo estudo da língua portuguesa, ao mesmo tempo em que ajudava seus irmãos mais velhos no sustento da família (LOPES, 2009, p. 70).

Licenciado em Direito pela atual Universidade Federal de Pernambuco, abandonou a profissão após um tímido começo. Fez as primeiras experiências que lhe conduziram mais tarde ao método Paulo Freire, que iniciou em 1961. Isto teve lugar no movimento de Cultura Popular do Recife (LOPES, 2009, p. 71).

Sua história de vida é marcada por três períodos: o Tempo de Recife, o Tempo de Exílio e o Tempo de São Paulo (CENTRO PAULO FREIRE, 2010).

O primeiro e mais longo dos três períodos da vida de Paulo Freire foi o tempo em que vivia em Recife, entre 1921 a 1964. Recife e Jaboatão foram os cenários onde vivenciou sua infância e adolescência e o berço das raízes afetivas e intelectuais de seu pensamento.

Uma década importante para a solidificação de seu pensamento foi a década de 50. Esta foi marcada por acontecimentos que o levaram a firmar-se como educador progressista, aprofundando-se na análise política e filosófica da educação. Com uma filosofia da educação absolutamente renovadora, ele propunha que a educação de adultos deveria fundamentar-se na consciência da realidade vivida pelos alfabetizandos, para jamais se reduzir a um simples conhecer de letras, palavras e frases (LOPES, 2009). Seu pensamento fazia-se mais consistente, seu fazer mais criativo, sem perder a coerência entre o pensar e o fazer. Por outro lado, provocou perplexidades e críticas, nem sempre expressas formalmente.

O ponto de partida para as construções futuras da pedagogia freireana foi o “movimento” da consciência intransitiva para a transitivo-ingênua e, desta, para a consciência crítica. Inclusive foi um dos princípios do “método Paulo Freire de alfabetização” (CENTRO PAULO FREIRE, 2010).

Seu método foi revolucionário e sua utilização em Angicos e no Programa Nacional de Alfabetização do MEC foram fatores que contribuíram para a prisão de Paulo Freire e posteriormente seu exílio, quando foi deflagrado o golpe de estado de 1964 (CENTRO PAULO FREIRE, 2010).

Por seu empenho em ensinar os mais pobres, Paulo Freire tornou-se uma inspiração para gerações de professores, especialmente na América Latina e na África. Porém, logo após o golpe militar, o método de alfabetização de Paulo Freire foi considerado uma ameaça à ordem, pelos militares no Brasil (1964-1985), sendo preso e forçado ao exílio.

No tempo de exílio, Freire saiu do Brasil aos 43 anos de idade, passando por vários países como Chile, Estados Unidos, Bolívia e Genebra. A partir de Genebra, projetou-se na história da educação no século XX como um cidadão do mundo. Apesar do muito que ensinou ao mundo e que aprendeu do mundo, mesmo após 16 anos, nunca perdeu os vínculos afetivos e culturais com o Brasil, principalmente com o Recife (CENTRO PAULO FREIRE, 2010).

Em 1980, depois de 16 anos de exílio, retornou ao Brasil, onde escreveu dois livros tidos como fundamentais em sua obra: *Pedagogia da Esperança* (1992) e *A Sombra desta Mangueira* (1995).

No tempo de São Paulo, lecionou na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp-1985) e na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP-1985). Em 1989, foi secretário de Educação no Município de São Paulo, sob a prefeitura de Luíza Erundina.

Foi durante a década de 70 que Freire alcançou o período mais profundo e mais rico de sua *práxis* educativa. Nas décadas de 80 e 90 permaneceu andarilho, porém não só pelo mundo, mas também pelo Brasil. Em 1964, foi coordenador do Programa Nacional de Alfabetização, instituído no MEC pelo Ministro Paulo de Tarso Santos. Em 1997, proferiu, na PUC de São Paulo, sua última aula, sofrendo um infarto, aos 75 anos de idade, vindo a falecer (CENTRO PAULO FREIRE, 2010).

Foi um dos maiores intelectuais brasileiros do século XX, elaborou uma teoria ou, como ele mesmo preferiu dizer, “uma certa compreensão ético-crítico-política da educação”, que tem como uma de suas bases o diálogo que possibilita a conscientização com o objetivo de formar cidadãos da *práxis* progressista, transformadores da ordem social, econômica e política injusta (FREIRE, 2013b).

Ao ouvir pela primeira vez a palavra conscientização, percebeu imediatamente a profundidade de seu significado, porque estava absolutamente convencido de que a educação, como prática da liberdade, é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade (FREIRE, 1979, p.15).

O educador apresentou uma síntese inovadora das mais importantes correntes do pensamento filosófico de sua época, como o existencialismo cristão, a fenomenologia, a dialética hegeliana e o materialismo histórico. Essa visão foi aliada ao talento como escritor, que o ajudou a conquistar um amplo público de pedagogos, cientistas sociais, teólogos e militantes políticos.

3.2 “Educação libertadora”, “problematizadora” ou “educação para a liberdade” de Paulo Freire.

Paulo Freire, por se tratar, acima de tudo, de um educador, tem uma concepção toda original de educação, vista como instrumento de libertação e como processo dialético de conscientização (AZEVEDO, 2010).

Para ele, uma educação deve preparar, ao mesmo tempo, para um juízo crítico das alternativas propostas pela elite e dar a possibilidade de escolher o próprio caminho (FREIRE, 1979). Sua grande preocupação é a mesma de toda a pedagogia moderna: “uma educação para a decisão, para a responsabilidade social e política” (FREIRE, 2011a).

Para Freire (2013b), não há, nunca houve e não pode haver educação sem conteúdo. O ato de ensinar e aprender são dimensões de um processo maior, que devem ser exercitados em conjunto com o ato de conhecer, ambos fazendo parte da natureza da prática educativa. Ele pensava numa educação que, respeitosa da compreensão do mundo das crianças, as desafiasse a pensar criticamente. Uma educação em cuja prática, o ensino dos conteúdos jamais se dicotomizasse do ensino do pensar certo (FREIRE, 2011a).

Freire (2011a) refere que a educação deve ser vista como uma tentativa constante de mudanças e atitudes, substituindo hábitos de passividade por novos hábitos de participação e ingerência. Ela precisa ser crítica e criticizadora; uma educação para a decisão, para a responsabilidade social e política. Uma educação com posições quietistas, rígida e não participativa, massifica o homem impedindo que tenha postura consciente e crítica diante da vida. Por isso que os atos de refletir e dialogar são essenciais na educação vista como prática de liberdade (FREIRE, 2011a).

Freire (2011a), ressalta que uma educação dialógica e ativa, voltada para a responsabilidade social e política, se caracteriza pela profundidade na interpretação dos problemas, bem como, por procurar testar os “achados” e se dispor sempre a revisões, pela recusa a posições quietistas e pela prática do diálogo e não da polêmica.

O diálogo possibilita aos indivíduos um pensar crítico, um pensar que capta em constante devenir e não como algo estático (FREIRE, 2013b). Sem o pensar

crítico não há comunicação e sem esta não há verdadeira educação (FREIRE, 2013b).

Para Freire (2011a), a visão da liberdade tem uma posição de relevo. É a matriz que atribui sentido a uma prática educativa que só pode alcançar efetividade e eficácia na medida da participação livre e crítica dos educandos.

A liberdade não se refere apenas para comer, mas para criar e construir, admirar e aventurar-se, para tanto é necessário um indivíduo ativo e responsável (FREIRE, 2013b). A liberdade só é possível se for baseada em uma *práxis* autêntica, que é ação e reflexão. Portanto não há liberdade sem estas unidades que não devem ser dicotomizadas.

A educação para a libertação privilegia o exercício da compreensão crítica da realidade e possibilita não somente a leitura da palavra, leitura do texto, mas também a leitura do contexto e do mundo (FERREIRA et al, 2005).

Para dar conta de uma educação libertadora, não basta um método voltado apenas ao repasse de informações. Ela necessita de um método que privilegie a ação-reflexão, o diálogo, o pensar certo e que reforce a mudança como possibilidade de uma ação transformadora, de um fazer humanista e problematizador (FREIRE, 2011a).

Na educação libertadora, educador e educando, ao alcançarem a reflexão e ação em comum deste saber da realidade, se descobrem como seus refazedores permanentes (FREIRE, 2013b). Nesse tipo de prática, a educação passa a envolver a formação do educando como um ser crítico, pensante, agente e intervencionista no mundo, sendo capaz de transformá-lo.

Na concepção de Freire (2011a), a educação precisa ser conscientizadora, deve contribuir na aprendizagem da democracia e com a própria existência desta. Daí a necessidade de uma educação corajosa. Neste sentido, a ação libertadora é o resultado da conscientização do homem.

Conscientização significa uma abertura à compreensão das estruturas sociais como modos de dominação (FREIRE, 2011a) e o caminho para um trabalho de libertação está no diálogo estabelecido permanentemente (FREIRE, 2013b).

A conscientização é um processo no qual o educador e o educando se conscientizam através do movimento dialético, entre a reflexão crítica sobre a ação anterior e a ação subsequente, no processo de luta pela libertação do indivíduo e transformação da realidade (LOPES, 2009, p.75).

Expulsar a sombra da opressão pela conscientização é uma das tarefas fundamentais de uma educação realmente liberadora e por isto respeitadora do homem como pessoa (FREIRE 2011a).

Para o educador-educando dialógico, problematizador, o conteúdo programático da educação não é uma imposição, mas a devolução organizada, sistematizada e acrescentada de elementos que o educador entregou ao educando de forma desestruturada (FREIRE, 2013b). Isto implica o desenvolvimento da consciência transitivo-crítica.

É evidente que esta investigação implica em uma metodologia que não pode contradizer a dialogicidade da educação libertadora. É uma metodologia conscientizadora que permite a apreensão dos homens numa forma crítica de pensarem seu mundo (FREIRE, 2013b). Segundo Freire (2013b), investigar, “o tema gerador” é investigar o pensar dos homens referido à realidade, é investigar seu atuar sobre a realidade.

A metodologia que Freire (2013b) defende exige que, no fluxo da investigação, se façam ambos os sujeitos da mesma, ou seja, investigador e investigado seriam seu objeto de investigação. Portanto, quanto mais os homens assumem uma postura ativa na investigação de sua temática, tanto mais aprofundam a sua tomada de consciência em torno da realidade. Neste sentido, na concepção problematizadora da educação, educação e investigação temática, fazem parte de um mesmo processo (FREIRE, 2013b).

Ensinar cria possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção (FREIRE, 2013a). É importante enfatizar que ensinar exige apreensão da realidade, indo ao encontro da concepção de Educação Permanente, que incorpora o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem.

3.3 A Dialogicidade: essência da educação como prática de liberdade

O diálogo é tratado como um fenômeno humano por Paulo Freire, considerando a “dialogicidade” a essência da educação como prática da liberdade. Para ele, o diálogo é o encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, por isso, não se esgota na simples relação eu e tu (FREIRE, 2013b). “Esta é a razão por que não é possível o diálogo entre os que querem a pronúncia do mundo e os que não

querem; entre os que negam aos demais o direito de dizer a palavra e os que se acham negados deste direito” (FREIRE, 2013b, p. 109).

Neste contexto, a palavra tem um significado maior do que apenas um meio para que ele aconteça, ela nos impõe buscar, também, seus elementos constitutivos. “Esta busca nos leva a surpreender, nela, duas dimensões: ação e reflexão, de tal forma solidárias, em uma interação tão radical que, sacrificada, ainda que em parte, uma delas, se ressentida, imediatamente, a outra” (FREIRE, 2013b, p.107).

Sendo o diálogo o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, ele impõe-se como o caminho pelo qual os homens encontram seu significado enquanto homens; o diálogo é, pois, uma necessidade existencial (FREIRE, 1979). Portanto, o diálogo leva os homens e mulheres a serem mais homens e mais mulheres, pois é sempre gerador de esperança.

Sendo assim, o diálogo é considerado como o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado. Neste sentido, não pode reduzir-se a um simples ato de depositar ideias de um sujeito no outro, mas sim, o encontro respeitoso e solitário entre aqueles que acreditam que o mundo pode ser transformado e pronunciado (FREIRE, 2013b).

Portanto, quando não há o verdadeiro diálogo, não há encontro, não há respeito e nem amorosidade. Neste sentido, se o verdadeiro diálogo precisa de amorosidade, o amor também é diálogo (FREIRE, 2013b).

E já que o diálogo é o encontro no qual a reflexão e a ação, inseparáveis daqueles que dialogam, orientam-se para o mundo que é preciso transformar e humanizar, ele não pode converter-se a um simples intercâmbio de ideias a serem consumidas pelos permutantes e nem pode ser também “uma discussão hostil, polêmica entre homens que não estão comprometidos nem em chamar ao mundo pelo seu nome, nem na procura da verdade (FREIRE, 1979), ele consiste numa relação horizontal e não vertical entre as pessoas implicadas e entre as pessoas em relação, só assim, ele produz a conscientização libertadora e transformadora, neste sentido, a relação homem/mulher/mundo são indissociáveis (FREIRE, 2013a).

Na questão da educação, Freire (2013b) considera que “é na relação pautada na dialogicidade e fundada no diálogo, que se dá uma relação de humildade, encontro e solidariedade”. Portanto, “o diálogo, como encontro dos homens para a

tarefa comum de saber agir, se rompe, se seus polos (ou um deles) perdem a humildade” (FREIRE, 2013b, p. 111).

Para Freire (2013a), a educação é uma forma de intervenção no mundo. Em sua concepção, formar é muito mais do que puramente treinar o educando no desempenho de destrezas, ou seja, para ele, “ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar possibilidades para a sua produção ou sua construção” (FREIRE, 2013a, p.24).

Quando vivemos a autenticidade exigida pela prática de ensinar-aprender, participamos de uma experiência total, diretiva, política, ideológica, gnosiológica, pedagógica, estética e ética, em que a boniteza deve achar-se de mãos dadas com a decência e com a seriedade (FREIRE, 2013a, p. 26).

Para tanto, “o preparo científico do professor ou da professora deve coincidir com sua retidão ética” (FREIRE, 2013a, p.18), ou seja, não é possível pensar os seres humanos longe, sequer, da ética, quanto mais fora dela.

É por isso que transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador. Se se respeita a natureza do ser humano, o ensino dos conteúdos não pode dar-se alheio à formação moral do educando (FREIRE, 2013a, p.34).

Neste sentido, nós professores, não podemos nos assumir como sujeitos da procura, da decisão, da ruptura, da opção ou como sujeitos transformadores e históricos, se não nos assumirmos primeiramente como sujeitos éticos (FREIRE, 2013a). Quando nos referimos a ética, nos referimos a ética universal do ser humano, ou seja, a ética enquanto marca da natureza humana, algo indispensável à convivência humana (FREIRE, 2013a).

Sem o diálogo, que implica um pensar crítico, não há comunicação e sem ela não há a verdadeira educação. Daí que, para a concepção de educação como prática de liberdade, a dialogicidade começa, não quando educadores e educandos se encontram, mas quando ambos se perguntam em torno de que se vai dialogar (FREIRE, 2013b).

Para o educador-educando, dialógico, problematizador, o conteúdo programático da educação não é uma doação ou uma imposição – um conjunto de informes a ser depositado nos educandos -, mas a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada (FREIRE, 2013b, p.116).

Frente a estas considerações faz-se necessário conduzir uma investigação onde a dialogicidade prevaleça em todas as suas fases, especialmente nos cenários de treinamentos, onde uma concepção pedagógica problematizadora promove um raciocínio crítico e reflexivo.

4 BASES METODOLÓGICAS

Neste capítulo, é apresentado o percurso metodológico para a compreensão do porquê o Programa de Educação Permanente em Saúde de um Hospital de Urgência e Emergência não consegue reverter as fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento.

O método proposto na pesquisa foi um caminho importante para alcançar os objetivos, porque utilizou ferramentas que ajudaram na construção do objeto em estudo. Para tanto, as etapas do método foram: conhecendo a natureza da pesquisa, explorando o caso no contexto de investigação, técnica de coleta e registro dos dados, análise dos dados, considerações éticas do estudo, rigor da pesquisa e riscos e benefícios do estudo.

4.1 Conhecendo a Natureza da pesquisa

Com intuito de seguir um caminho que conduzisse à construção do objeto estudado, o método de pesquisa utilizado foi o estudo de caso, de caráter explanatório, com abordagem qualitativa. Teve como suporte teórico as concepções de Robert K. Yin (2010), que discorrem sobre este desenho metodológico, utilizado em diversas situações, com intuito de contribuir com os estudos sobre os fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados. É um método de pesquisa comum na educação e enfermagem que surge com interesse de entender os fenômenos sociais complexos. Para Yin (2010, p.24) “o método do estudo de caso permite que os investigadores retenham as características holísticas e significativas dos eventos da vida real”, especialmente quando os limites entre fenômeno e contexto não são claramente evidentes. Sua preferência se dá quando o estudo é sobre eventos contemporâneos nos quais os comportamentos, considerados relevantes, não podem ser manipulados (YIN, 2010).

Dentre os diferentes métodos de pesquisa, quer sejam experimentos; levantamentos; análise de registros de arquivos; pesquisas históricas ou estudos de caso, é importante salientar que todos podem ser usados para três finalidades: exploratória, descritiva e explanatória (YIN, 2010). “Podem existir estudos de caso exploratórios, descritivos ou explanatórios” (YIN, 2010, p. 27).

O que distingue os diferentes métodos não é a hierarquia, mas três importantes condições como o tipo de questão de pesquisa proposto; a extensão do controle que um investigador tem sobre os eventos comportamentais reais e o grau de enfoque sobre eventos contemporâneos em oposição aos eventos históricos (YIN, 2010, p. 28).

Um esquema básico de categorização para os tipos de questões é a série conhecida das perguntas: “quem”, “o que”, “onde”, “como” e “por que”. Estas questões podem ajudar o investigador a definir qual o método mais vantajoso para cada tipo de pesquisa (YIN, 2010).

O estudo de caso é indicado quando os tipos de questões de pesquisa concentram-se nas questões “Como” e “Por quê”, consideradas estratégias mais explanatórias, pois lidam com os vínculos operacionais que necessitam ser traçados ao longo do tempo. O estudo de caso não exige controle dos eventos comportamentais e enfoca os eventos contemporâneos (YIN, 2010).

Este estudo, por ser considerado um evento contemporâneo, foi de caráter explanatório, pois, pretendeu-se desvelar ao longo de um determinado período de tempo, por quê o Programa de Educação Permanente em Saúde de um Hospital de Urgência e Emergência não consegue reverter as fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento. Yin (2010, p.47), refere que “o desenvolvimento do projeto de pesquisa é uma parte difícil da realização do estudo de caso”, não existe um catálogo abrangente ou livros-texto. Porém, para os estudos de caso, cinco componentes de um projeto de pesquisa são especialmente importantes como: as questões do estudo; as proposições, se houver; a (s) unidade (s) de análise; a lógica que uni os dados às proposições e os critérios para interpretar as constatações (YIN, 2010).

No estudo de caso, como em qualquer outra pesquisa social empírica, deve ser julgada a qualidade da pesquisa. Para tanto, quatro testes são relevantes. São eles: **validade do constructo**, identificação das medidas operacionais corretas para os conceitos que estão sendo estudados; **validade interna**, apenas para estudos explanatórios ou causais, que busca o estabelecimento da relação causal pela qual se acredita que determinadas condições levem a outras condições, diferenciadas das relações espúrias; **validade externa** define o domínio para o qual as descobertas do estudo podem ser generalizadas; e **confiabilidade**, demonstra que as operações de um estudo, como os procedimentos para a coleta de dados, podem ser repetidas, com os mesmos resultados (YIN, 2010).

Neste estudo foi utilizada a validade interna como teste de qualidade da pesquisa, pois pretendeu-se estabelecer a relação entre as ações do Programa de Educação Permanente em Saúde de um Hospital de Urgência e Emergência e as fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento.

Neste contexto, o teste merece atenção especial, pois deve ser aplicado ao longo da condução do estudo de caso e não apenas em seu início (YIN, 2010).

Yin (2010) refere que o estudo de caso pode ser de dois tipos: estudo de caso único ou estudo de casos múltiplos, podendo dividir-se em quatro tipos de projetos: Tipo 1- projetos de caso único (integrados), tipo 2- projetos de caso único (holísticos), tipo 3- projetos de casos múltiplos (integrados) e tipo 4- projetos de casos múltiplos (holísticos). Para que estes tipos básicos de projetos de estudo de caso possam ser escolhidos pelo pesquisador, devem estar baseados em fundamentos que justifiquem sua estrutura.

Segundo Yin (2010, p.70), “o estudo de caso único é um projeto apropriado sob várias circunstâncias, que apresenta cinco justificativas importantes que projetam sua escolha”, como: representa o caso crítico no teste de uma teoria bem formulada, ou seja, pode determinar se as proposições da teoria são corretas ou se algum conjunto alternativo de explanações pode ser mais relevante; representa um caso extremo ou peculiar, no qual, por ser tão raro, merece ser documentado e analisado; ***caso representativo ou típico, com o objetivo de captar as circunstâncias e condições de uma situação diária ou de um lugar comum***; demonstra ser um caso revelador, no qual o observador tem a oportunidade de observar e analisar um fenômeno previamente inacessível à investigação da ciência social e a quinta justificativa é considerá-lo como um caso longitudinal, ao estudar o mesmo caso único em dois ou mais pontos diferentes do tempo.

Esses cinco fundamentos representam as principais razões para a condução de um estudo de caso único (YIN, 2010, p.73).

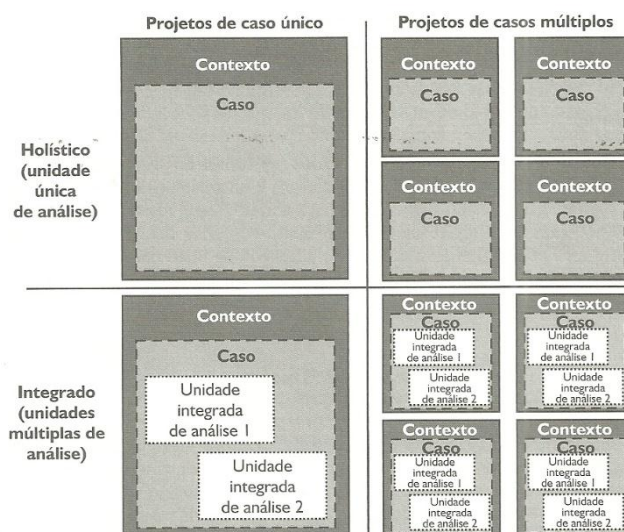
Quanto aos estudos de casos múltiplos, segundo Yin (2010), são os estudos que podem conter mais do que um único caso e sua frequência tem aumentado nos últimos anos. Neste tipo de estudo a seleção propicia um novo conjunto de questões e torna-se importante atentar-se que cada caso deve ser selecionado cuidadosamente, para que possa predizer resultados similares (replicação literal) ou resultados contrastantes, mas para razões previsíveis (replicação teórica).

A diferença entre projetos integrados e holísticos depende do tipo de fenômeno que está sendo estudado e de suas questões de pesquisa (YIN, 2010). Nos estudos de caso único integrado existe um único contexto com mais de uma unidade de análise. Nos estudos de caso único holístico existe apenas um contexto e uma unidade de análise. Já nos estudos de casos múltiplos integrados, existe mais de um contexto com mais de uma unidade de análise e nos estudos de casos múltiplos holísticos existe mais de um contexto com apenas uma unidade de análise.

Ao iniciar um projeto de estudo de caso é importante definir que tipo de projeto vai ser desenvolvido, se de caso único ou de casos múltiplos para abordar as questões da pesquisa (YIN, 2010)

Considerando que este estudo possuiu um único Contexto, um Hospital de Urgência e Emergência e um único Caso (unidade de análise), o Programa de Educação Permanente em Saúde deste hospital, este estudo foi Estudo de Caso Único, Holístico.

Figura 1: Estudo de caso



Fonte: YIN (2010).

Frente a essas questões e considerando tratar-se de um Estudo de Caso Único, Holístico, que tem como objetivo captar as circunstâncias e condições de uma situação diária, foi considerado Representativo ou Típico.

4.2 Explorando o caso no contexto de investigação

Desde sua inauguração em Março de 2006, o Hospital de Urgência e Emergência, contexto deste estudo, tem seu perfil voltado ao trauma de média e alta complexidade, oferece consultas e exames a nível ambulatorial aos pacientes egressos. É um hospital muito eficiente, embora sofra os mesmos problemas de todos os hospitais brasileiros, demandas maiores que sua capacidade. “Essa situação pode ser identificada na maioria das unidades públicas de urgência do Brasil” (GARLET et al. 2009, p.267).

Nele, o atendimento está direcionado a sete especialidades distintas, sendo elas: clínica médica, pediatria, clínica cirúrgica, centro de queimados, neurocirurgia, ortopedia e UTI. Sendo assim, por meio do seu Programa de Educação Permanente, oferece uma diversidade de treinamentos conforme a realidade de cada setor.

Neste contexto, ele obedece uma das diretrizes da Rede de Atenção às Urgências que é, exatamente, a qualificação da assistência, por meio da Educação Permanente em Saúde, em acordo com os princípios da integralidade e humanização (BRASIL, 2010).

Considerando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), neste hospital, o desenvolvimento da Educação Permanente apresenta algumas fragilidades, pois durante as palestras, oficinas, treinamentos, entre outras atividades do programa, percebe-se que, em muitas delas, ainda persiste métodos tradicionais de ensino, não oportunizando aos educandos o diálogo e a participação ativa. Vale ressaltar que esta afirmação é feita pelo fato da autora desta pesquisa, juntamente com discentes do curso de enfermagem, ter participado de várias ações de Educação Permanente do hospital, durante os estágios supervisionados da universidade.

Segundo Freire (2011a), para dar conta de uma educação libertadora, não basta um método voltado apenas ao repasse de informações. Ela necessita de um método que privilegie a ação-reflexão, o diálogo, o pensar certo e que reforce a mudança como possibilidade de uma ação transformadora, de um fazer humanista e problematizador.

O programa de EPS do hospital, tem como objetivos específicos: inserir todos os colaboradores da instituição no processo de educação permanente; incentivar os profissionais para a conscientização de sua responsabilidade pelo próprio

crescimento; capacitar os profissionais para a multiplicação do conhecimento; e documentar as ações desenvolvidas para subsidiar a reformulação da proposta assistencial e processo de trabalho. Tem como desafios: ser agente de transformação; transformar o saber em ação e construir uma visão global voltada para a qualificação da assistência (OLIVEIRA; MIZIARA, 2013).

O Programa é desenvolvido pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP), que está diretamente ligado a Diretoria Geral, em parceria com a Diretoria Assistencial e as Coordenações de Setores ou Serviços. Cada coordenação faz um levantamento mensal de suas principais necessidades, através de indicadores de qualidade, avaliação de desempenho, incidentes críticos, exame de conhecimentos e problemas enfrentados no cotidiano do trabalho (OLIVEIRA; MIZIARA, 2013).

A partir desse levantamento, é montado um cronograma de atividades educativas como: palestras, reuniões de grupos, cursos de capacitação e treinamento para os profissionais das unidades específicas (OLIVEIRA; MIZIARA, 2013).

A avaliação dos resultados é de responsabilidade dos coordenadores e é feita através de prova de conhecimentos – antes e após cada treinamento -, avaliação do tempo-resposta ao problema que surge e observação à mudança de comportamento do colaborador (OLIVEIRA; MIZIARA, 2013).

O programa de EPS do hospital enfrenta dificuldades, dentre as quais: resistência do profissional para participar dos treinamentos, receio de se expor, informações subnotificadas sobre os problemas enfrentados no cotidiano e método de ensino incompatível com a finalidade (OLIVEIRA; MIZIARA, 2013).

Por outro lado, Freire diz que metodologias ativas contribuem efetivamente para o processo ensino-aprendizagem. Segundo ele, para dar conta de uma educação libertadora, não basta um método voltado apenas ao repasse de informações. A educação necessita de um método que privilegie a ação-reflexão, o diálogo, o pensar certo e que reforce a mudança como possibilidade de uma ação transformadora, de um fazer humanista e problematizador (FREIRE, 2011a).

4.3 Técnica de coleta e registro dos dados

A coleta dos dados no estudo de caso pode ser realizada em várias fontes, pela capacidade deste tipo de estudo em lidar com ampla variedade de evidências. Yin

(2010) ressalta seis fontes mais comumente utilizadas no estudo de caso: documentação, registros em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos.

Com intuito de desvelar o impacto das ações do Programa de Educação Permanente de um hospital de urgência e emergência, os procedimentos escolhidos para a coleta de dados foram respectivamente o registro em arquivos, observação direta e a entrevista. Para Yin (2010) a associação de duas ou mais fontes de evidência permite aumentar substancialmente a qualidade do estudo.

Os registros em arquivos são muito importantes para o desenvolvimento de um estudo de caso e podem ser encontrados como: registros de serviço, registros organizacionais, registros pessoais, dados oriundos de levantamentos institucionais, entre outros. Para Yin (2010), eles representam um importante instrumento de informação para um estudo de caso e podem variar de um estudo para outro, dependendo da natureza do estudo de caso.

Para alguns estudos de caso, os registros podem ser tão importantes que acabam se transformando em um objeto de ampla análise, para outros, podem ser apenas de importância superficial (YIN, 2010).

No contexto desta investigação, os registros em arquivos foram analisados com o objetivo de coletar informações importantes, que subsidiaram o início deste estudo de caso. Neste sentido, a autora assumiu a responsabilidade no manuseio da documentação disponibilizada, assinando o Termo de Responsabilidade pelo Uso de Informações e Cópias de Documentos - TRUICD (Apêndice A).

No que se refere a observação direta, segundo Yin (2010), ela ocorre no ambiente natural do caso, onde alguns comportamentos relevantes ou condições ambientais estarão disponíveis para a observação. A evidência observacional é frequentemente útil para proporcionar informação adicional sobre o tópico sendo estudado (YIN, 2010). Considerando que foi necessário observar diretamente dois momentos, anteriormente e posteriormente aos treinamentos, essa fonte de informação foi relevante para este estudo, pois oportunizou observar o comportamento dos enfermeiros após cada treinamento, utilizando-se para isso o Protocolo de Observação (Apêndice B), onde constam as questões centrais para a observação direta, baseadas nas mudanças de comportamentos e atitudes dos enfermeiros no pronto atendimento após cada treinamento. Essas mudanças de comportamento possibilitaram a construção dos resultados desta investigação.

Vale registrar que os treinamentos que antecederam as fases de observação direta foram assim desenvolvidos: o primeiro utilizou metodologia tradicional comumente desenvolvida pelo Programa de EPS do hospital, identificada em seus registros de arquivo. O segundo utilizou metodologia ativa, onde foi criado um cenário virtual de urgência e emergência com o objetivo de proporcionar aos enfermeiros a oportunidade de treinar suas habilidades em um ambiente clínico simulado, com a utilização de manequins vivos (SR). Ressalta-se que a escolha deste método deve-se a experiência anterior da autora neste tipo de metodologia.

A entrevista é outra importante fonte de informação para o estudo de caso. São conversas guiadas e não investigações estruturadas, ou seja, a verdadeira corrente de questões será provavelmente fluída e não rígida, embora seja observada uma linha de investigação consistente (YIN, 2010).

Yin (2010) destaca três tipos de entrevista, são elas: a **Entrevista em Profundidade**, que pode ocorrer durante um longo período de tempo e não em uma única ocasião e onde o entrevistado pode ser considerado um informante e não apenas um respondente; **Entrevista Focada** que ocorre durante um curto período de tempo; **Levantamento Formal** que pode ser projetado como parte de um estudo de caso integrado e produzir dados quantitativos como parte da evidência do estudo de caso.

Neste estudo, a entrevista do tipo focada foi considerada a fonte de informação apropriada, sendo utilizada como instrumento de checagem do treinamento, pois ocorreu durante um curto período de tempo e as questões permaneceram abertas, assumindo um caráter conversacional, mas seguiram o conjunto de questões centrais derivadas do protocolo de estudo de caso (Apêndice C) (YIN, 2010).

O protocolo de estudo de caso é mais do que um questionário, ele contém o instrumento, os procedimentos e as regras gerais a serem seguidas durante seu uso e se destina a orientar o investigador na realização da coleta de dados. Deve conter as seguintes questões: visão geral do projeto de estudo de caso; procedimentos de campo; questões de estudo de caso e guia para o relatório de estudo de caso (YIN, 2010).

Para o registro dos dados durante a entrevista, foi usado o dispositivo de gravação. Para Yin (2010), o uso deste dispositivo é uma questão de preferência

peçoal, pois as fitas de áudio proporcionam, certamente, uma interpretação mais acurada de uma entrevista.

4.4 Análise dos dados

Os dados obtidos através da entrevista focada foram analisados a partir de uma estratégia analítica geral conduzida pelas ideias de Yin (2010) e pela Teoria Fundamentada nos Dados de Strauss e Corbin (2008), aqui utilizada somente como instrumento de análise.

Segundo Yin (2010), as técnicas de análise da evidência de estudo de caso ainda não foram bem definidas. “Para superar esta circunstância, toda análise de estudo de caso deve seguir uma estratégia analítica geral, definindo as prioridades para o que analisar e por quê” (YIN, 2010, p.154). A estratégia permite uma orientação ao estudo, pois auxilia no exame das evidências com imparcialidade, permitindo produzir conclusões analíticas vigorosas (YIN, 2010).

Yin (2010) destaca quatro estratégias que orientam os estudos de caso, são elas: **contando com proposições teóricas**, é a primeira e preferida, pois segue as proposições teóricas que levaram ao estudo de caso, é uma orientação teórica que guia a análise e ajuda a organizar todo o estudo de caso; **desenvolvimento da descrição do caso**, sua finalidade é organizar o estudo de caso através do desenvolvimento de uma estrutura teórica e não de uma proposição teórica; **uso de dados qualitativos e quantitativo**, pode ser considerada atraente para alguns pesquisadores, pois o estudo de caso envolve dados quantitativos e qualitativos, com possibilidade de sucesso se o estudo de caso, ao mesmo tempo em que submete os dados quantitativos a análises estatísticas, tenha os dados qualitativos como centrais do estudo e, por fim, a quarta estratégia analítica geral, **pensando sobre explicações rivais**, geralmente funciona com as três estratégias anteriores, tenta definir e testar explicações concorrentes. Seu uso serve para avaliar o estudo de caso levando em consideração os diversos tipos de explicações rivais.

Segundo Yin (2010, p.163), “possuir uma estratégia analítica geral é a melhor preparação para a condução da análise do estudo de caso”.

Após a escolha da estratégia contando com proposições teóricas, que subsidiou todas as análises dos dados, escolheu-se a Teoria Fundamentada nos Dados descrita por Strauss e Corbin (2008), como método de análise. É importante ressaltar que este método foi utilizado apenas para a análise dos dados. Strauss e

Corbin (2008), enfatizam que seu método nem sempre será utilizado para gerar teoria, alguns pesquisadores poderão utilizá-lo apenas com o objetivo de fazer descrições muito úteis ou ordenamento conceitual, como no caso desta pesquisa. O ordenamento conceitual é a organização dos dados em um esquema classificatório, por categoria ou classificação, seguindo suas propriedades e dimensões para elucidar as categorias.

4.4.1 Codificação dos dados

A codificação é um processo dinâmico e fluido, que se desdobra em uma série de atividades (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Neste estudo, a codificação dos dados foi realizada através de dois tipos, a saber: **Codificação Aberta** é um processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e dimensões são descobertas nos dados. Durante esta fase do processo, os textos analisados foram abertos para a exposição dos pensamentos, ideias e significados contidos neles. Os dados considerados conceitualmente similares em natureza ou significado, foram agrupados sobre conceitos mais abstratos chamados códigos; **Codificação Axial** é o processo de relacionar códigos às suas subcategorias. É chamado de “axial” porque ocorre em torno do eixo de um código. Nesta segunda fase do processo, os dados foram reagrupados considerando a natureza das relações entre os códigos e suas subcategorias. A partir das subcategorias, elaborou-se as categorias, onde essas foram agrupadas.

4.5 Considerações éticas do estudo

A proteção do sujeito humano na pesquisa é fundamental ao realizar um estudo de caso, pois em geral todos os estudos de caso são sobre assuntos pessoais contemporâneos. Neste sentido, “o estudo de um fenômeno contemporâneo em seu contexto de vida real obriga-o a importantes práticas éticas” (YIN, 2010, p.99).

Desta maneira, seguindo as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP) presentes na resolução do CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, após a qualificação e aprovação pela banca examinadora, o projeto foi

encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sendo aprovado sob o número 31829014.9.0000.0018

Em momento prévio a entrevista, após serem esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e sua metodologia, os enfermeiros foram solicitados a manifestarem sua concordância assinando o termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice D), sendo garantido o anonimato por meio de codinomes e o direito de, a qualquer momento, desistir da participação na pesquisa.

Segundo Yin (2010, p.100), “como parte da proteção, o pesquisador é responsável pela condução do seu estudo de caso com cuidado e sensibilidade especiais, indo além do projeto de pesquisa e outras considerações técnicas”. A maneira como ele conduzirá isso poderá variar, dependendo do seu estudo de caso (YIN, 2010).

4.6 Rigor da pesquisa

Com o objetivo de aumentar sua confiabilidade, o estudo seguiu as precauções devidas em relação ao passo a passo do estudo de caso proposto, sendo embasado em Yin (2010). Para este autor a meta da confiabilidade é minimizar os erros e as parcialidades no estudo.

Nesse sentido, foram utilizados dois pré-requisitos fundamentais na realização de um estudo confiável, a utilização de protocolo de estudo de caso (Apêndice B), com o objetivo de tratar a documentação em detalhes e uma base de dados para organizar e documentar os dados coletados, por meio de notas para estudo de caso (APÊNDICE E) (YIN, 2010).

Notas para estudo de caso são consideradas os componentes mais comuns de um banco de dados e podem ser organizadas de várias formas, entre elas: ficheiro, diário, ficha catalográfica, gravação em CD, etc. Elas são resultado de entrevistas, observações ou documentos do pesquisador. Porém, devem estar reunidas e armazenadas de maneira que o pesquisador possa recuperá-las sempre que preciso e em qualquer momento da pesquisa. (YIN, 2010).

No tocante a este estudo, estas notas foram resultantes das entrevistas, sendo registradas e reunidas em fichamento.

No decorrer da transcrição e análise dos dados, foram respeitadas a veracidade, consistência e validade dos dados, seguindo o rigor metodológico necessário ao resultado satisfatório do estudo.

Segundo Yin (2010, p. 68), “a forma geral de abordar o problema de confiabilidade é tornar as etapas do processo as mais operacionais possíveis e conduzir a pesquisa como se alguém estivesse sempre olhando sobre seu ombro”.

4.7 Riscos e benefícios

Neste estudo, o material humano não foi manuseado, não trazendo risco ou dano físico aos participantes. O único risco seria a quebra do anonimato, porém a autora teve todo o cuidado para que isso não acontecesse. Para tanto, utilizou codinomes que preservaram a identidade dos participantes.

Quanto aos benefícios, este estudo pretendeu trazer um retorno positivo contribuindo com a instituição no sentido de capacitar os profissionais para o atendimento de urgência do Hospital contexto deste estudo.

Sendo mais um estudo científico, trará benefícios para o cenário da pesquisa científica da enfermagem, além de proporcionar benefícios para a qualidade da assistência aos pacientes atendidos nos serviços de urgência e emergência.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos objetivos desta pesquisa e dos resultados encontrados, este capítulo foi composto por três categorias emergidas das falas dos entrevistados, a saber: Programa de Educação Permanente em Saúde; Reflexos do processo de Educação Permanente em Saúde na prática profissional; Reflexos da estrutura organizacional no processo de trabalho

5.1 Programa de Educação Permanente em Saúde

A primeira categoria é composta por três subcategorias: conhecimento sobre o Programa de Educação Permanente em Saúde; desenvolvimento do Programa de Educação Permanente em Saúde; expectativa sobre o Programa de Educação Permanente em Saúde.

5.1.1 Conhecimento sobre o Programa de Educação Permanente em Saúde

Ao nos remetermos ao tema Educação Permanente em Saúde (EPS) reconhecemos o desafio do setor saúde em desenvolver um processo educativo incorporado ao cotidiano das instituições. Nesta perspectiva, a EPS pode corresponder à Educação em Serviço com uma proposta de ação estratégica e transformadora, capaz de contribuir de forma significativa com as práticas pedagógicas e assistenciais. Porém, para o alcance destas transformações faz-se necessário que os Programas de Educação Permanente em Saúde valorizem não somente o conhecimento acadêmico, mas, também, o conhecimento prático de cada profissional, favorecendo a ação/reflexão a partir dos problemas enfrentados na realidade de cada serviço.

Jesus et al (2011), referem que os relatos e discussões a respeito da educação dos trabalhadores se fazem presentes na área da saúde desde a década de 1970, quando ainda se discutiam as questões referidas como educação continuada que, segundo Brasil (2009, p. 44), se caracteriza por ser uma estratégia descontinuada de capacitação com rupturas no tempo, ou seja, são cursos periódicos sem sequência constante.

Apesar do enfoque da Educação Permanente representar um importante avanço na concepção e nas práticas de capacitação, isso ainda é bastante desconhecido pelos enfermeiros, o que podemos constatar nas falas a seguir:

“Não, não conheço o Programa de Educação Permanente do hospital. Eu sei que existe um setor de educação continuada, o setor, mas o programa, eu não sei qual é” (RUBI).

“Te confesso que não conheço o Programa de Educação Permanente do hospital, não lembro, não lembro” (PÉROLA).

“Não, não conheço o Programa de Educação Permanente do hospital” (ESMERALDA).

Considerando que os Programas de Educação Permanente em Saúde devam estar comprometidos com o desenvolvimento contínuo de seus recursos humanos, nem sempre se alcançam os resultados esperados e o desconhecimento a respeito do enfoque da EPS representa um obstáculo na aproximação da educação à vida cotidiana. Corroborando com este pensamento, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ressalta que, [...] no trabalho também se aprende e esta situação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho (BRASIL, 2009, p.45).

É notório que grande parte dos profissionais, entre os quais os enfermeiros, ainda desconhecem o enfoque da Educação Permanente em Saúde e muitos veem os cursos de capacitação como um instrumento para o processo de educação em serviço, como pode-se perceber na fala da entrevistada Ametista.

“Nunca ouvi falar do programa de educação permanente do hospital, eu sei que tem uns enfermeiros fazendo um curso de classificação de risco, mas [...] só alguns foram inscritos” (AMETISTA).

Segundo Paschoal et al (2007, p.478),

[...] a questão educativa pode ser percebida em diferentes vertentes e situações tais como: educação permanente, educação continuada

e educação em serviço. O interesse em entender como os termos são percebidos pelos enfermeiros origina-se do pressuposto que estes compreendem educação permanente como responsabilidade da instituição empregatícia e que as ações de educação continuada e em serviço são confundidas e estanques, e por isto não causam o impacto necessário a melhoria da qualidade da assistência.

Neste horizonte de interpretações e desconhecimentos existe um objetivo em comum, motivar a transformação pessoal e profissional do sujeito, buscando alternativas para minimizar as dificuldades vivenciadas em cada realidade e em cada serviço.

A motivação pelo conhecimento deriva, primeiramente, das forças internas e nessa perspectiva, uma instituição comprometida com o processo de mudança e com o processo ensino/aprendizagem de seus profissionais precisa, antes de tudo, compreender que é a partir da realidade do serviço que a Educação Permanente se concretiza como instrumento de mudanças institucionais. De encontro a este raciocínio Jesus et al. (2011) afirmam que a Educação Permanente constitui um caminho para emancipação e autonomia do trabalhador da saúde, uma vez que é no encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho que o ensinar e o aprender se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Independentemente do que os enfermeiros entendam por Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada ou Educação em Serviço, o importante é pensar numa enfermagem com propósitos e objetivos comuns, valorizando o conhecimento de cada um e associando-o à realidade de cada serviço, para que, a partir daí e com a participação de todos os integrantes, o verdadeiro objetivo da EPS seja alcançado.

5.1.2 Desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde

A educação permanente, baseada no aprendizado contínuo, é condição necessária para o desenvolvimento do sujeito, direcionando-o à busca da competência pessoal e profissional (PASCHOAL et al, 2007).

Deve ter a capacidade de aproximar a educação da vida cotidiana e isso é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho (BRASIL, 2009). Contudo, neste estudo percebeu-se que no desenvolvimento da Educação Permanente do hospital ainda persiste o modelo escolar tradicional, modelo que

Paulo Freire (2013a) denomina de “educação domesticadora, bancária ou alienante”, o que ficou claro nas falas das entrevistadas.

[...] o tempo todo é a mesma coisa (repasse de informações), não tem nada de diferente que prenda tua atenção, [...] é o mesmo blá, blá, blá, então se torna uma coisa maçante (AMETISTA).

O único treinamento que se dá muito é sobre lavagem das mãos, controle de CCIH, [...] mas treinamento prático não, nunca tivemos (AMETISTA).

É essa educação que Paulo Freire repudia, para ele, neste modelo, o educador aparece como seu indiscutível agente, como seu real sujeito, cuja tarefa indeclinável é “encher” os educandos dos conteúdos de sua narração (FREIRE, 2013b, p.79). Este modelo ficou claro na fala de outra entrevistada.

[...] foi só palestra (ESMERALDA).

Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a persistência dos modelos escolares obedece não somente ao fator cultural ou aos “modelos mentais”, mas a uma visão muito restrita dos conceitos de aprendizagem (BRASIL, 2009). Ao encontro a este pensamento, Freire (2013a, p.47) afirma que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”.

Outra questão levantada pelos entrevistados foi a necessidade de buscar metodologias diferenciadas para o processo de educação permanente.

[...] é só pra ler os slides, tu ficas ali olhando e no final, tem algum comentário? [...] Eu acho que tem que trazer coisas novas (AMETISTA).

Percebe-se, no depoimento, a predominância de metodologias que não atingem as necessidades do educando. Assim, Mitre et al (2008) afirmam que nesse modelo o processo ensino-aprendizagem se restringe à reprodução de conhecimento, no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdo, ao

passo que, ao discente, cabe a retenção e repetição dos mesmos, em uma atitude passiva e receptiva.

Logo, essa visão de ensino-aprendizagem traz em seu cerne uma postura ultrapassada e um modelo decadente de ensino. Por outro lado, adotar um modelo pautado numa concepção de educação dialógica e transformadora é estratégico para a formação de profissionais com vistas à melhoria na qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

Apesar da predominância de modelos tradicionais de ensino/aprendizagem observado durante o estudo, percebeu-se que, em alguns momentos, existe a preocupação em utilizar metodologias ativas, o que mostra a fala da entrevistada PÉROLA.

Foi justamente falando sobre parada cardiorrespiratória [...] na prática [...], nós estávamos tendo uma aula, aí, de repente “olha o paciente parou aqui em cima”, mas era tudo uma simulação, como nós iríamos agir com o paciente que parou? (PÉROLA).

A simulação específica à área da saúde é uma tentativa de reproduzir os aspectos essenciais de um cenário clínico para que, quando um cenário semelhante ocorrer em um contexto clínico real, a situação possa ser gerenciada facilmente e com êxito (JEFFRIES et al, 2008). Assim, permite que o aluno enfrente situações muito próximas da realidade e que serão vivenciadas no cotidiano dos hospitais.

Os estudos de Flato e Guimarães (2011, p.326), ressaltam que “a simulação fornece uma situação controlada de experiência prática, a qual pode ser utilizada como uma ferramenta de ensino, baseada em reflexão ativa individual e/ou da equipe envolvida”.

Este tipo de metodologia vem ao encontro a proposta da Educação Permanente em Saúde quando esta adota a ideia do ensino sobre o contexto em que os profissionais estão inseridos. Deste modo, a ideia de formação que se fundamenta na pedagogia da simulação mediante a inserção em realidades concretas privilegia uma educação voltada para a prática (SANINO, 2012, p.151).

Nesse contexto, Freire (2013b) defende um modelo de ensinar que ele denomina de “educação autêntica, transformadora, libertadora”, uma educação pautada no diálogo entre ambos, educador e educando, onde a educação não se faz de A para B ou de A sobre B, mas de A com B, mediatizados pelo mundo. Para ele,

uma educação realmente libertadora e transformadora é incompatível com a educação bancária.

É preciso insistir em metodologias que valorizem o saber do educando, o diálogo, o pensar certo e que privilegiem o conhecimento prático em suas ações educativas. Segundo Freire (2013a), o pensar certo é dialógico e não polêmico, envolve um movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer.

Portanto, para que haja uma aprendizagem realmente significativa, faz-se necessário ensaiar um desenho de Educação Permanente em Saúde que busque instituir novas maneiras de pensar e agir em saúde.

Nessa concepção, se o diálogo é um instrumento para se alcançar uma aprendizagem realmente significativa ou um instrumento para se descobrir uma educação problematizadora, importante ressaltar que é por meio dele que se deve elaborar os conteúdos dos treinamentos que fazem parte do processo de Educação Permanente em Saúde. Nesse contexto, não se pode permitir que os conteúdos dos treinamentos sejam pré-estabelecidos sem considerar a realidade do setor.

A fala a seguir mostra que no desenvolvimento da Educação Permanente do hospital, contexto deste estudo, em alguns momentos, existe essa preocupação.

[...] o ultimo que eu lembro [...] foi sobre ACINETO (bactéria) na época em que estava uma infestação de ACINETO (RUBI).

Outro relato que reflete essa preocupação foi justamente com ações direcionadas aos profissionais do setor de pronto atendimento.

[...] nós do pronto atendimento tivemos um treinamento para quando o paciente agravasse lá em cima na clínica [...], como o enfermeiro deveria agir? (PÉROLA).

[...] nós tivemos esse treinamento, recepção do doente grave no pronto atendimento, mas até agora foi o único que eu participei (PÉROLA).

Outra questão que merece preocupação é o desenvolvimento de uma Educação Permanente em Saúde transformadora, não apenas no contexto setorial, mas no contexto organizacional ou institucional. Isso significa o desenvolvimento de um plano de ações de educação que tenham a capacidade de envolver todos os

serviços, setores e trabalhadores, respeitando os princípios da integralidade e interdisciplinaridade a partir da realidade de cada um envolvido.

Entretanto, analisando as entrelinhas dos discursos dos entrevistados pode-se observar que, infelizmente, ainda não é uma realidade no contexto da instituição em estudo. Isso ficou evidente na fala de dois entrevistados.

Não, nunca participei (de treinamento) (TOPÁSIO).

Os nossos treinamentos [...] são pedidos mas [...] eu não sei qual é a situação, ainda não foram feitos (DIAMANTE).

Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde,

ainda que em alguns casos se alcance aprendizagens individuais [...], elas nem sempre se traduzem em aprendizagem organizacional. Isto é, não se transferem para a ação coletiva. Por aprendizagem, entende-se o desenvolvimento de novos critérios ou capacidades para resolver problemas [...]. Embora a aprendizagem devesse ser, necessariamente, individual, já que somente os indivíduos são capazes de aprender, muitos autores usaram, metaforicamente, a expressão “aprendizagem organizacional” para descrever situações em que as individualidades são integradas, compartilhadas e postas em ação por meio da coordenação da conduta de indivíduos distintos, o que inclui, necessariamente, os que ocupam posições diferenciadas na organização em termos de hierarquia e poder (BRASIL, 2009, p.42).

Ainda levando em consideração a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, é imprescindível que os processos educativos reconheçam que as organizações constituem um sistema de vínculos sustentados por meio de rotinas, rituais, normas, interações e regulações. Isso é particularmente importante quando se trabalha na educação de adultos em situações de trabalho. Se esses vínculos não forem analisados, dificilmente se conseguirá a transformação do próprio processo de trabalho (BRASIL, 2009).

No entanto, outro fator é preocupante no desenvolvimento da educação Permanente em Saúde, o conflito de informações, como ficou claro na fala da entrevistada Ametista.

[...] tem alguma coisa errada, a moça da CCIH falou que era assim e a chefia de enfermagem diz que era assado, então as coisas não estão batendo. Está acontecendo esse tipo de coisa (AMETISTA).

Segundo Jesus et al (2011, p. 1231), “desenvolver pessoas não é [...] dar informações para que aprendam novos conhecimentos, habilidades e atitudes e se tornem mais eficientes naquilo que fazem”, por isso, para a efetividade nos processos de Educação Permanente em Saúde, é conveniente evitar conflito de informações ou mesmo conteúdo que vão de encontro às propostas de EPS da instituição, caso contrário, a tão sonhada “transformação institucional” não acontece.

A mudança nas práticas institucionalizadas dos serviços de saúde está diretamente relacionada à mudança nas ações educativas. Portanto, a interação entre teoria e prática deveria ocorrer como uma exigência, do contrário, a teoria esvai-se no discurso e a prática acontece pela primazia da ação (SILVA et al, 2010).

Por outro lado, uma estratégia que interfere de forma positiva para o alcance dos objetivos da Educação Permanente é otimizar o tempo disponível para o desenvolvimento das ações educativas, trabalhando os conteúdos de forma a não desgastar o desempenho do educando. Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, as ações educativas precisam ser desenvolvidas de forma estratégica para que atinjam um maior número de atores, em especial, os trabalhadores da saúde (BRASIL, 2009).

Neste estudo foi possível identificar que os profissionais apreciam quando as ações educativas que são desenvolvidas pelo Programa de EPS do hospital ocorrem de forma objetiva, porém, sem comprometer o produto final da ação, que é a aprendizagem significativa.

O treinamento foi proveitoso, um período de tempo curto, mas foi proveitoso (ESMERALDA).

[...] achei a metodologia boa, uma pessoa passou bem, soube passar bem, foi didático, foi sucinto, foi resumido (RUBI).

Ficou claro que os treinamentos se tornam mais efetivos e eficazes quando os conteúdos são apresentados de forma clara e objetiva, respeitando o tempo e a disponibilidade de cada participante, desta forma conseguem produzir melhores resultados e contribuem de forma positiva para as mudanças nas práticas profissionais. Neste sentido, segundo Cunha e Mizoi (2010), uma das formas de avaliação de um treinamento é justamente as mudanças que podem ter ocorrido nas práticas e nas organizações em decorrência dele.

5.1.3 Expectativa sobre o Programa de Educação Permanente em Saúde

Após identificarmos como se desenvolve a Educação Permanente em Saúde no hospital contexto deste estudo, destacamos, nesta fase de investigação, as expectativas dos enfermeiros sobre o programa de EP, bem como, a expectativa pela proposta deste estudo no que concerne a aplicação de uma metodologia ativa como instrumento de ensino, com vistas a transformação das práticas profissionais.

Logo foi realçada a importância do treinamento como instrumento para o desenvolvimento de habilidades, assim como, a ansiedade dos profissionais enfermeiros pela aplicação do conhecimento em sua atuação prática. Isso ficou explícito nas falas a seguir:

*[...] que contribua na prática, diretamente na prática, principalmente na prática (RUBI).
Que melhore, [...] ser mais dinâmica, ser mais rápida, [...] porque as vezes a gente fica olhando, olhando (AMETISTA).*

Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o conhecimento na ação é uma forma de fazer e dar ênfase ao que não se sabe [...], é um processo importante quando se pretende mais que o desenvolvimento de uma habilidade, a mudança nas práticas e na organização (BRASIL, 2009).

Além disso, a utilização de ferramentas que proporcionem maior apreensão do conhecimento é uma das estratégias utilizadas no treinamento proposto e tem a capacidade de desenvolver o raciocínio crítico e as habilidades necessárias para a resolução de problemas, aumentando assim a motivação pelo aprendizado. Neste contexto, Freire (2013a, p.68) reforça que “mulheres e homens somos os únicos seres que, social e historicamente, nos tornamos capazes de apreender”.

E nesse processo de apreensão, desenvolver estratégias integradas para a formulação das ações educativas é relevante para o sucesso do Programa de Educação Permanente em Saúde de uma instituição. Sendo assim, a Política Nacional de Educação Permanente afirma que uma estratégia integrada deve ser orientada para o desenvolvimento e mudança institucional das equipes e dos grupos

sociais, direcionando-os para a transformação das práticas coletivas, voltadas à construção conjunta de solução de problemas (BRASIL, 2009).

Analisando o desenvolvimento do Programa de Educação Permanente do hospital, percebeu-se, nos enfermeiros, o desejo e a expectativa de mudança nas práticas de saúde, porém ficou claro também que é preciso inovar para o alcance de uma aprendizagem significativa, utilizando ferramentas adequadas para este fim. Para Guimarães (2009, p.199), “pode-se dizer que a aprendizagem significativa ocorre quando uma nova informação ancora-se a conceitos relevantes preexistentes na estrutura cognitiva do aprendiz”.

Neste sentido, ao esclarecer sobre o treinamento proposto nesta investigação, percebeu-se, nas falas dos entrevistados, grande expectativa pela melhoria nas práticas profissionais, assim como, a importância da metodologia como ferramenta de aprendizagem.

[...] minha expectativa é a melhor possível [...], tem que estar se reciclando, mas que te dê ferramentas para prender tua atenção (AMETISTA).

Eu espero que tenham partes práticas e teóricas e que acrescentem [...] mais do que [...] outros cursos que a gente já viu (TOPÁSIO).

Importante ressaltar que associar conhecimento teórico ao conteúdo prático do treinamento não se trata de uma mera união de informações, mas diz respeito sim a um processo de assimilação em que novas informações são apreendidas pelos educandos de maneira a proporcionar uma “reflexão crítica sobre a prática, favorecendo o movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer” (FREIRE, 2013a, p.39).

Acredita-se que este movimento favorece a construção de um conhecimento “sólido”, que não se “desmorona” com facilidade. É necessário pensar em uma formação profissional orientada para o trabalho, integrando conhecimento teórico ao conhecimento prático, construindo competências e habilidades essenciais ao cenário real de atenção à urgência e emergência.

A esperança em participar de um treinamento que realmente tenha a capacidade de desenvolver essas competências e habilidades transborda nas falas dos entrevistados.

[...] a esperança é que melhore a prática, a teoria tem que vir lógico, a teoria com a prática, tem que associar. Eu quero participar, pode me convidar (PÉROLA).

A minha expectativa são as melhores possíveis (ESMERALDA).

É gratificante perceber a ansiedade dos enfermeiros pelo aprendizado. Neste sentido, estudo realizado por Jesus et al. (2011) apontam que o enfermeiro precisa envolver-se no processo de Educação Permanente de modo a adquirir habilidades e competências continuamente, só assim as ações educativas resultarão em atitudes que irão promover verdadeiras mudanças no processo de trabalho da enfermagem.

5.2 Reflexos do processo de Educação Permanente em Saúde na prática profissional

A segunda categoria é composta por três subcategorias: aplicabilidade do aprendizado no trabalho, fragilidades profissionais no trabalho e satisfação profissional pelo trabalho.

5.2.1 Aplicabilidade do aprendizado no trabalho

Partindo do pressuposto que o conhecimento é fruto de uma construção dialógica entre educador e educando, ao abordar-se o tema aprendizagem, busca-se remeter ao contexto de aprendizagem transformadora, isso significa incorporar resultados ao próprio processo de trabalho. Neste sentido, se torna imperativo que a aprendizagem direcione o enfermeiro à busca de competências pessoais e profissionais.

Segundo Varga et al (2009, p. 293), “quanto mais relevante para a vida do estudante for o conhecimento adquirido, mais capacidades podem ser desenvolvidas de forma efetiva no processo de aprendizagem”. Ao encontro deste pensamento, Freire (2013a, p.30) ressalta que, “daí que seja tão fundamental conhecer o conhecimento existente quanto saber que estamos abertos e aptos à produção de conhecimento ainda não existente”. Neste contexto, foi de fundamental importância valorizar o conhecimento existente em cada participante do estudo.

Quanto a aplicabilidade do aprendizado pelos enfermeiros, a proposta neste estudo trouxe dois momentos de treinamento, o primeiro utilizando a metodologia tradicional, comumente utilizada pelo PEP do hospital e o segundo momento

utilizando metodologia ativa, dialógica, problematizadora, simulando uma situação real de urgência e emergência. Nesta, o diálogo e a problematização foram essenciais para o pensar crítico e a tomada de decisão em urgência e emergência, ratificando que problematizar no contexto das práticas educativas está diretamente relacionado a: identificar problemas; ampliar o conhecimento; desenvolver competências específicas e da equipe; buscar soluções; colocá-las em prática e avaliá-las (BRASIL, 2009).

Importante lembrar que a observação esteve presente tanto na fase anterior quanto na fase posterior a cada treinamento. Segundo Cunha e Mizoi (2010), é importante realizar a avaliação antes e depois do treinamento para comparar e determinar o que os participantes estão fazendo de diferente após cada momento.

A partir da experiência vivenciada, é possível fazer algumas afirmações acerca do comportamento dos enfermeiros frente aos doentes que foram atendidos no setor de pronto atendimento durante o desenvolvimento deste estudo.

A problemática desta investigação nos mostra que a insegurança e a falta de conhecimento podem interferir diretamente na atenção à saúde e prestação de cuidados aos doentes em situações de UE. Sendo assim, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2009) afirma que, para chegar a prática transformadora, cada ação educativa deve partir da revisão crítica das práticas atuais. Neste sentido, durante o desenvolvimento do treinamento teórico e apesar de ter trazido temas relevantes à realidade do atendimento, o comportamento dos enfermeiros se mostrou pouco diferente do contexto anterior.

Relembrando a fala da entrevistada

Ametista, “[...] o tempo todo é a mesma coisa (repassa de informações), não tem nada de diferente que prenda tua atenção, [...] é o mesmo blá, blá, blá, então se torna uma coisa maçante”, percebe-se a insatisfação pelo modelo atual de ensino, a consequência disso, no setor de pronto atendimento, é a falta de atitude dos enfermeiros frente as situações de alta complexidade que exigem dele uma tomada de decisão, além da dificuldade em avaliar e identificar as situações com risco de morte.

Relembrando a fala de outra entrevistada, Diamante,

“os nossos treinamentos [...] são pedidos, mas [...] eu não sei qual é a situação, ainda não foram feitos”.

Ficou claro que existe a ansiedade pelo conhecimento e independentemente do método utilizado nos treinamentos, o importante é a sua aplicabilidade no contexto real da prática assistencial do enfermeiro. Assim, sua fala posterior ao treinamento teórico demonstra confiança e credibilidade no processo ensino/aprendizagem.

“Com os treinamentos a gente vai melhorando cada vez mais” (DIAMANTE).

“Os enfermeiros evoluíram com o treinamento e se [...] tivesse contínuo, [...] a gente melhoraria muito mais” (DIAMANTE).

Segundo Simões et al (2013), para a mudança nas práticas institucionalizadas nos serviços de saúde é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas. Isso não significa propor o desenvolvimento de ações educativas como atividades ou procedimentos específicos e sim, reconhecer o potencial pedagógico do trabalho de enfermagem como um todo (DAVID; ACIOLI, 2010).

Defende-se, aqui, uma Educação Permanente em que a dimensão educativa seja inerente do próprio processo de trabalho do enfermeiro, partindo da realidade para o conteúdo pedagógico, ultrapassando o paradigma da ideologia para a ação. Neste contexto, partiu-se do treinamento teórico para a simulação realística.

Através do uso da simulação, buscou-se o desenvolvimento de competências e habilidades inerentes às responsabilidades do enfermeiro em urgência e emergência, o que não foi observado após o treinamento teórico. Foram abordadas diversas situações de vida real com a perspectiva de ultrapassar a questão puramente técnica, para alcançar um raciocínio crítico na tomada de decisão, permitindo trabalhar as habilidades de cada participante do estudo em um ambiente simulado e seguro, sem expor o cliente em situação de risco. Essa atividade prática nos permitiu refletir sobre as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no dia a dia do pronto atendimento.

“Algumas dificuldades eram diárias, [...] eu já consegui ter uma visão melhor do paciente, eu já consegui avaliar melhor” (DIAMANTE).

Para Varga et al. (2009), o ambiente da simulação é protegido, nele o estudante tem a oportunidade de aprender fazendo, errando e aprendendo com os próprios erros, quantas vezes forem necessárias. O erro é considerado matéria-

prima para o desenvolvimento da consciência crítica. Já para Anjos et al (2012), os cenários criados nos laboratórios de simulação realística têm como ênfase o desenvolvimento de atividades sensório-motoras, em contextos que envolvem estratégias de ensino-aprendizagem para a aquisição de habilidades.

Assim, percebeu-se que a simulação de uma situação real de urgência e emergência permitiu a construção de uma prática reflexiva, o que ficou evidente na fala a seguir.

[...] me chamou a atenção porque é o meu dia a dia [...], então eu comecei a priorizar melhor, [...] a conduzir melhor, [...] a me posicionar melhor, [...] com uma segurança maior (DIAMANTE).

“Eu já consegui melhorar 70% das minhas evoluções” (DIAMANTE).

Durante a fase de observação, posterior ao treinamento teórico, foi perceptível pouca mudança no comportamento de alguns participantes no pronto atendimento e nenhuma mudança no comportamento de outros, este fato permite refletir sobre o tipo de metodologia que pode realmente proporcionar uma aprendizagem significativa e transformadora.

Neste sentido, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ressalta:

[...] a questão não se limita a incorporar conhecimento, mas saber que conhecimento é necessário incorporar, o que aprender, o que desaprender e como fazer para que os outros (o grupo como um todo) o façam. O problema vai muito além dos conhecimentos específicos que se ensinam em um curso ou oficina, e aponta para a mudança nas próprias organizações e seus respectivos contextos (BRASIL, 2009, p.51).

Corroborando com este pensamento Freire (2013b) ressalta que o conteúdo programático da educação só pode ser pensado a partir da situação presente, existencial e concreta. Não se pode doar conteúdos que pouco ou nada tenham a ver com os anseios, necessidades, dúvidas e esperanças dos educandos.

Assim, para que a ação educativa não se torne “bancária”, ela não pode prescindir do conhecimento crítico da situação real de cada educando. Neste sentido, um Programa de Educação Permanente precisa, primeiramente, conhecer e analisar o cotidiano dos profissionais, a partir daí, diagnosticar suas necessidades para, posteriormente, planejar o conteúdo da educação e a metodologia apropriada para o alcance dos resultados esperados

Quando se fala em metodologia, refere-se a melhor estratégia para se atingir um objetivo em comum e quando reporta-se à área da saúde, um dos principais objetivos que pretende-se alcançar é a qualificação profissional para uma excelência assistencial. Neste sentido, o conhecimento e a habilidade do docente exerce um papel fundamental. Isso ficou claro nos relatos de uma das entrevistadas.

Foi importante [...] porque, além da metodologia, vem o conteúdo da pessoa que está passando aquela palestra (ESMERALDA).

[...] antes da metodologia vem o palestrante, se ele tiver um bom domínio a gente fica mais inteirado no assunto (ESMERALDA).

Ao analisar essas falas veio a lembrança de uma fala anterior:

[...] é só pra ler os slides, tu ficas ali olhando e no final, tem algum comentário? [...] Eu acho que tem que trazer coisas novas (AMETISTA).

É notório que não basta apenas discutir sobre um modelo de ensino, é preciso, antes de mais nada, eleger um educador que tenha um perfil capaz de promover um refinamento de saberes, assumindo uma postura capaz de prender a atenção do aluno.

Sendo assim, os enfermeiros também criam uma expectativa sobre o perfil do profissional que irá mediar os momentos de educação. Isso ficou claro durante a entrevista.

[...] porque eu vou ser treinada por uma profissional mega especialista e só tem a contribuir com a minha qualificação profissional (ESMERALDA).

Segundo Souza e Paiano (2011), o docente envolvido na movimentação dos saberes teóricos e práticos dos educandos precisa conhecer todas as nuances que permeiam esse processo e, com seu conhecimento, contribuir no processo ensino-aprendizagem. Um estudante não vai à escola apenas para receber um diploma no final, mas sim para adquirir o instrumental necessário para enfrentar e desenvolver sua vida da melhor forma possível.

O desenvolvimento do treinamento prático, através da simulação realística, ofereceu aos participantes a oportunidade de adquirir novas habilidades. As

situações foram repetidas diversas vezes, com o objetivo de atingir o estágio de domínio desejado. O interesse foi notório em todos os participantes, percebendo-se reações variadas em cada um deles, frente às encenações que eram criadas. Essa estratégia de ensino dinamizou o processo de aprendizagem e estimulou a tomada de decisão nos diferentes cenários criados durante o treinamento.

Estudo realizado por Varga (2009) demonstrou que a diversidade de cenários de aprendizagem, a possibilidade de refazer uma simulação e a oportunidade de experimentar as novas habilidades adquiridas, são algumas vantagens dessa estratégia de ensino.

Foi gratificante observar o resultado positivo dessa metodologia no contexto real de trabalho dos enfermeiros, quando estes passaram a atuar de maneira diferenciada frente as situações rotineiras do PA. O atendimento que antes se mostrava inseguro e fragilizado, após o treinamento, se mostrou eficiente, sinalizando que a aprendizagem foi realmente significativa, atingindo o grande objetivo da Educação Permanente, ou seja, promover efetivamente a mudança nas práticas de saúde.

O discurso da entrevistada Diamante reflete a eficácia de uma metodologia ativa, onde a problematização e a reflexão crítica são as bases fundamentais para o verdadeiro aprendizado na urgência e emergência.

O que eu não aprendi em cinco anos de faculdade eu aprendi em uma manhã (DIAMANTE).

A sua metodologia foi excelente (DIAMANTE).

Ficou claro que a aplicabilidade de uma metodologia problematizadora é estratégica para preparar o profissional enfermeiro para as situações reais da urgência e emergência, onde o prognóstico deste doente depende, muitas vezes, da atuação imediata do profissional. Neste sentido, fica claro que os sistemas de treinamento somente sobreviverão se apresentarem resultados impactantes e significativos, utilizando métodos cientificamente reconhecidos, demonstrando o impacto positivo do treinamento, não somente no indivíduo, mas, também, na organização (CUNHA, MIZOI, 2010).

5.2.2 Fragilidades profissionais no trabalho

A maioria dos enfermeiros que atua no cenário de urgência e emergência aprecia o fato de lidar com o inesperado pois, diariamente, deparam-se com situações que exigem condutas rápidas e imediatas e que, em muitos momentos, demandam ações sem um planejamento prévio. Mas, para o sucesso dessas ações, o enfermeiro necessita de conhecimento e autocontrole, a fim de não cometer erros e assim não colocar em risco a segurança do usuário (BEZERRA et al, 2012).

Apesar da satisfação pelo ambiente de urgência e emergência muitas são as dificuldades enfrentadas por estes profissionais no atendimento ao doente em situações de urgência ou até mesmo iminente risco de morte, dificuldades estas que geram angustias, inseguranças e incertezas durante sua atuação no setor de pronto atendimento. Esses sentimentos ficaram claros nas falas de alguns entrevistados.

Dificuldade a gente sempre tem [...] (PÉROLA).

Em alguns casos eu me sinto insegura [...] porque as vezes eu estou sozinha no PA, aí você tem que parar, respirar e priorizar as coisas, nesse ponto eu me sinto muito insegura (AMETISTA).

Em alguns casos pode me faltar um pouco de conhecimento para identificar as possíveis lesões daquele paciente (ESMERALDA).

As dúvidas e dificuldades geradas pela falta de conhecimento, durante o processo de trabalho são fatores preocupantes no que diz respeito à prestação de cuidados à saúde e, na busca de saná-las, é de fundamental importância que o enfermeiro, antes de mais nada, reconheça suas próprias necessidades de aprendizagem.

Diante disso, a Educação Permanente exerce um papel fundamental, criando estratégias para desenvolver o raciocínio crítico e principalmente proporcionando meios para que o profissional alcance as habilidades necessárias para a tomada de decisão e, conseqüentemente, a resolução de problemas. Neste contexto, Jesus et al (2011) ressaltam que, na Enfermagem, a busca pela competência, pelo conhecimento e pela atualização é essencial para garantir a sobrevivência do profissional e da profissão.

Ainda levando em consideração as reflexões de Jesus et al (2011, p.1231),

[...] a contribuição da educação permanente na prática profissional evidencia-se por meio das atitudes que o profissional assume enquanto cuida, dentre as quais está o compromisso firmado consigo mesmo, mediante a motivação pela busca do autoconhecimento, do aperfeiçoamento e da atualização, e prevendo melhorar o cuidado prestado ao cliente e à comunidade.

Para tanto, vale ressaltar que, no contexto da Educação Permanente em Saúde, a busca pelo autoconhecimento e a organização das demandas educativas devem estar aliadas à um contexto gerado do próprio ambiente de trabalho. Essas demandas educativas devem ser capazes de apontar caminhos e fornecer pistas ao método mais apropriado ao processo de aprendizagem. Neste sentido, a PNEPS enfatiza que, “é possível aprender muito com os indivíduos familiarizados com os contextos reais da prática” (BRASIL, 2009, p. 50).

Considerando o ambiente de trabalho como meio gerador de aprendizagem, faz-se necessário refletir sobre sua importância, quando este oferece ao profissional a oportunidade de adquirir novas habilidades e novas experiências. A fala de um entrevistado reflete esse raciocínio.

[...] dificuldade [...] a gente tem, mas é normal. Tenho dificuldade sim, mas eu aprendi muita coisa aqui no pronto atendimento, aprendi muita coisa mesmo (PÉROLA).

Os resultados que se constroem a partir dessa afirmação são particularmente importantes para abrir caminho à novas reflexões acerca do conhecimento adquirido durante o processo de cuidar, onde o contexto real da prática é fundamental para o processo de aprendizagem, porém este processo precisa ser norteado por uma intervenção educativa reflexiva e problematizadora. “É um tipo de aprendizado que raramente se instala de maneira espontânea ou ocasional, ele requer uma intervenção educativa deliberada, cujo eixo é a discussão crítica das práticas concretas” (BRASIL, 2009, p.51).

Neste sentido, o enfoque da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ressalta que o tipo de metodologia pode contribuir para o aprendizado no contexto real da prática, destacando que conhecimento não se transmite, mas se constrói a partir dos questionamentos sobre as situações reais do cotidiano,

priorizando as ações de longo prazo em detrimento das ações isoladas através de cursos (BRASIL, 2009).

Outra questão levantada por um entrevistado foi o pouco tempo de formação como fator gerador de inseguranças.

Sim, sinto dificuldade no atendimento ao doente grave pelo tempo de formada, [...], só tenho 5 anos de formada (DIAMANTE).

Ao refletir sobre esse discurso percebe-se que, na concepção do entrevistado, o tempo de formação é sinônimo de conhecimento. Daí a importância de uma formação de qualidade [...], que proporcione ao aluno um raciocínio crítico e reflexivo, sendo capaz de desenvolver as competências e habilidades previstas para o profissional enfermeiro (SILVA et al, 2011).

Pesquisa realizada por Souza e Paiano (2011) mostrou que a insegurança profissional, no início da carreira, fez parte da trajetória de todos os enfermeiros. Porém, Vilela e Souza (2010) alertam em seu estudo que, a aparente insegurança do enfermeiro recém-formado associado a outras dificuldades vivenciadas no início da profissão, além da necessidade de ainda aperfeiçoar a destreza em algumas técnicas de enfermagem, evidenciam a falta de preparo do enfermeiro recém-formado para algumas funções, principalmente a liderança.

Baseado nessas investigações, fica claro que o enfermeiro recém-formado ainda não possui maturidade profissional suficiente para o enfrentamento de muitas situações que a profissão exige, assim, também, a tão almejada “maturidade” profissional só se desenvolve ao longo das experiências vivenciadas por cada um. No entanto, a rotina, o aprendizado diário e as experiências adquiridas ao longo do percurso profissional proporcionam segurança aos profissionais no início de suas carreiras (SOUZA; PAIANO, 2011).

Sendo assim, é compreensível as inseguranças no início da carreira, porém elas precisam ser enfrentadas e para enfrentar esses muitos desafios, o enfermeiro precisa criar estratégias diferentes para superá-los. Corroborando com este pensamento Souza e Paiano (2011) ressaltam que diversos são os desafios encontrados pelo enfermeiro no início da carreira, porém cada profissional escolhe uma maneira diferente para enfrenta-los, além disso, adquirir experiências ao longo

do tempo e procurar ajuda com profissionais mais experientes representam iniciativas importantes para superar muitos obstáculos.

Ainda levando em consideração as reflexões dos autores supramencionados, muitas são as estratégias de superação que podem ser utilizadas diante dessas dificuldades no seu início de carreira, dentre elas o desenvolvimento de atividades diárias, curiosidade, dedicação, busca por capacitação para gerenciar os trabalhos e humildade para pedir ajuda à outros profissionais para o esclarecimento de dúvidas (SOUZA; PAIANO, 2011).

Nessa perspectiva e considerando a necessidade de o profissional menos experiente interagir com o mais experiente, durante esta investigação, foi possível perceber que alguns enfermeiros, mesmo diante de dificuldades, não buscam essa estratégia de trabalho. O relato a seguir reflete esta situação.

Às vezes eu tenho dúvida [...] que não tenho com quem tirar (RUBI).

É evidente que a falta de entrosamento com a equipe pode se tornar um obstáculo perigoso para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro. Ele precisa de apoio ao ingressar na profissão e os profissionais mais experientes devem ajudá-lo a enfrentar e superar seus medos e suas angústias (SOUZA; PAIANO, 2011).

Um dos fatores que pode contribuir para a falta de entrosamento é o remanejamento de profissionais entre os setores ou clínicas do hospital, principalmente quando este gera insatisfação pessoal. Esta mudança de ambiente de trabalho, bem como a mudança em sua rotina diária, pode ser também um fator gerador de insegurança para o profissional enfermeiro.

Muita insegurança, [...] porque eu era de um setor, fui cobrir o colega e acabei ficando no PA (AMETISTA).

Baseando-se nas inquietações geradas pelas mudanças setoriais e principalmente pela falta de experiência no pronto atendimento, neste estudo, foi possível observar a insegurança do profissional frente às situações de maior complexidade na urgência e emergência. Diante disso, os enfermeiros acabam desenvolvendo um trabalho puramente burocrático, afastando-se, de certa forma, da assistência direta ao paciente, principalmente quando este apresenta um quadro

clínico mais complexo. Talvez essa atitude seja um mecanismo de defesa pela falta de experiência no setor.

É nesse contexto de inexperiência e de insegurança que o programa de Educação Permanente em Saúde da instituição se insere, diagnosticando a situação problema e, em sua dimensão de construção de viabilidades, planeja o conteúdo programático dos treinamentos. Neste contexto, um dos enfoques da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde está na modificação substancial das estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento, problematizando o próprio fazer em saúde (BRASIL, 2009).

Portanto, para atender às necessidades de conhecimento dos enfermeiros com pouca experiência em urgência e emergência, a EPS representa uma importante aliada, “transformando as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco” (BRASIL, 2009, p.45).

5.2.3 Satisfação profissional pelo trabalho

Descrever o significado do trabalho em urgência e emergência pode ser complexo, principalmente pelo fato de que este trabalho envolve o encontro entre dois seres, um que inesperadamente apresenta agravos à sua saúde e necessita de cuidados imediatos e outro que precisa possuir habilidades e conhecimentos específicos para solucionar os problemas do Ser necessitado.

Esta aproximação desencadeia uma mistura de sentimentos que muitas vezes se confrontam e partindo do pressuposto que o conhecimento é fruto de uma construção contínua, a partir de experiências vivenciadas pelos atuantes, os cenários de urgência e emergência podem ser considerados como produtores de diversos tipos de sentimentos e de conhecimentos, dentre eles, a satisfação pelo trabalho.

Como foi dito anteriormente, a maioria dos enfermeiros que atua no cenário de urgência e emergência aprecia o fato de lidar com o inesperado, isso porque, como o ambiente do pronto atendimento oferece oportunidades e experiências pouco vivenciadas em outros setores, os enfermeiros passam a adquirir e usufruir de conhecimentos específicos inerentes do seu próprio cotidiano, ratificando que a construção de conhecimento gerado a partir do cotidiano “é um processo importante

quando se pretende mais que o desenvolvimento de uma habilidade, mas a mudança nas práticas e na organização” (BRASIL, 2009, p.50).

Neste contexto, este estudo permitiu identificar que, apesar de todos os sentimentos gerados no cotidiano da urgência e emergência e apesar das dificuldades enfrentadas diariamente, alguns enfermeiros apreciam essa realidade e sentem-se satisfeitos com esta rotina. É o que ficou comprovado nas falas de alguns entrevistados.

*[...] mas eu te confesso que eu gosto mais da parte assistencial, não sei se você já percebeu isso, eu gosto muito da assistência (PÉROLA).
Aprendi na prática, só na prática, porque na prática ou eu aprendia ou eu não aprendia (PÉROLA).*

Duas grandes considerações podem ser feitas a partir dessas afirmações valorizadas na fala da entrevistada: a primeira é que a assistência prestada na urgência e emergência representa uma satisfação pessoal para o enfermeiro, talvez pelo fato de poder viver a profissão em sua plenitude; a segunda é que a urgência e emergência pode ser considerada como uma grande escola profissional, contribuindo na construção do conhecimento e favorecendo o aperfeiçoamento de diversas habilidades.

Sendo assim, no encontro a este pensamento, Bezerra et al (2012, p.156) ressaltam em seu estudo, que “as peculiaridades do cenário da urgência e emergência exigem iniciativa, capacidade de decisão rápida e domínio técnico, proporcionando o sentimento de privilégio e satisfação aos profissionais”, em especial ao enfermeiro.

Por outro lado, para ofertar o alívio imediato do sofrimento dos usuários dos serviços de urgência e emergência, não basta apenas a satisfação do enfermeiro, ou mesmo o conhecimento produzido neste ambiente, se faz necessário também interdisciplinaridade no processo de assistência à saúde. Isso significa interagir com os outros integrantes da equipe, com um importante propósito, oferecer um atendimento equânime e de qualidade. O relato de uma entrevistada aponta essa relação.

[...] tem os outros colegas da equipe [...], em caso de dúvidas, a gente pergunta [...] e aí fica tudo esclarecido (ESMERALDA).

No entanto, considerando a complexidade da área da saúde, a interdisciplinaridade não pode ser entendida apenas como a atuação de várias profissões ou especialidades em um único foco, no caso, o paciente, onde cada um assume a sua “parte”. Ela deve ser entendida como a interação entre vários profissionais onde a troca de saberes e de aptidões são fundamentais para promover um melhor cuidado ou conforto (SIMÕES et al, 2013).

A interação entre os profissionais no atendimento ao paciente que tem sua vida ameaçada por uma situação de urgência e emergência pode estar associada ao sentido que esses próprios profissionais atribuem ao seu trabalho e ao conhecimento que se faz necessário adquirir, esta relação pode lhes proporcionar bem-estar e segurança, conseqüentemente, maior satisfação no trabalho.

[...] eu tenho conhecimento [...] e o que eu não souber eu não vou fazer, eu pergunto. Não vou me meter em algo que eu não me sinta segura [...] porque eu estou lidando com vidas (PÉROLA).

Bom senso, reflexividade e humildade são virtudes que precisam fazer parte do cotidiano dos enfermeiros, para que não fiquem a mercê das circunstâncias ou acasos, como é o caso das situações reais de urgência e emergência. Estas virtudes contribuem para “maior resolutividade aos atendimentos e satisfação para os profissionais” (GARLET et al, 2009, p.271).

Sendo assim, para ultrapassar o paradigma da ideologia para a ação, é importante que os enfermeiros do pronto atendimento despertem para a reflexividade e crítica, com vistas a uma assistência resolutiva e eficaz, através de uma Educação Permanente em Saúde, inerente do seu próprio processo de trabalho, que os prepare para atuação efetiva, a partir dos princípios da integralidade, da interdisciplinaridade e, por conseguinte, lhes proporcione melhor qualidade de trabalho, gerando assim satisfação pessoal e profissional (SILVA et al. 2010).

5.3 Reflexos da Estrutura organizacional no processo de trabalho

A terceira categoria é composta por três subcategorias: o cotidiano do processo de trabalho, as condições laborais no processo de trabalho, sobrecarga como reflexo das condições laborais no processo de trabalho.

Convém ressaltar que estas subcategorias emergiram a partir dos depoimentos das entrevistadas, refletindo a preocupação com estrutura organizacional e sua interferência no processo de trabalho dos enfermeiros. Os resultados apontam ainda, uma interferência direta no envolvimento do profissional nas ações de Educação Permanente em Saúde.

5.3.1 O cotidiano do processo de trabalho

Após analisar alguns contextos que envolvem o enfermeiro nos cenários de urgência e emergência, chegou-se ao momento de analisar o cotidiano da urgência e emergência, bem como sua interferência no processo de trabalho do enfermeiro.

Estudo realizado por Garlet et al (2009) aponta três momentos na organização do trabalho do enfermeiro na urgência e emergência: o atendimento às urgências e emergências em iminente risco de morte; a assistência aos pacientes em sala de observação e a atenção aos usuários com demandas de saúde não urgentes. Neste contexto, independentemente do momento em que o cliente se encontre no pronto atendimento, “o foco principal do atendimento será sempre as necessidades vitais e suporte avançado de vida, onde a agilidade e a técnica muitas vezes se sobrepõem ao cuidado integral” (SIMÕES et al, 2013).

Partindo desse princípio, este estudo nos proporcionou identificar algumas situações que podem contribuir ou comprometer a qualidade da assistência prestada no setor de pronto atendimento.

Uma das dificuldades vivenciadas nas unidades de urgência e emergência é o volume considerável de ocorrências não urgentes, mas, apesar da superlotação, o foco do atendimento permanece voltado ao paciente mais crítico.

No pronto atendimento [...] a gente prioriza os pacientes mais graves (DIAMANTE).

[...] os pacientes que fazem [...] parte de uma semi-intensiva precisam de todo cuidado (TOPÁZIO).

Percebe-se na fala dos entrevistados que no decorrer do processo de trabalho, a atenção está sempre voltada aos pacientes em situação de extrema gravidade e apesar do pronto atendimento não possuir as características de uma UTI, durante este estudo, observou-se que os esforços se concentram na adaptação e estruturação de uma unidade de cuidados intensivos, dotando-a com recursos de maior complexidade para, justamente, atender esse tipo de paciente. “Essa situação pode ser identificada na maioria das unidades públicas de urgência do Brasil” (GARLET et al. 2009, p. 267).

Estudo realizado por Santos e Lima (2011) ressalta que os serviços influenciam a organização do trabalho e a gerência do cuidado, pois são os componentes responsáveis pelo atendimento às situações graves, onde há risco de morte e onde são necessárias intervenções rápidas e precisas. “Nesse momento, salienta-se que os profissionais da equipe de saúde convergem suas ações para o restabelecimento da vida” (GARLET et al. 2009, p.268).

Sendo assim, o setor de pronto atendimento precisa possuir as condições necessárias para salvar e manter a vida, independentemente de sua capacidade ou estrutura física, todos os recursos precisam estar disponíveis para o suporte avançado e manutenção da vida. Quando esses recursos já se esgotaram pela superlotação, a atenção do enfermeiro deve se voltar para o momento em que se faz necessário a reestruturação dessa unidade ou mesmo reorganização do processo de trabalho de toda a equipe de saúde, principalmente da equipe de enfermagem, a fim de garantir a continuidade da assistência necessária ao doente em situação crítica. Isso ficou claro nas falas das entrevistadas.

Todo dia a gente tenta agilizar o atendimento desse paciente politraumatizado (ESMERALDA).

[...] ainda falta melhorar muito [...], você tendo ferramentas adequadas [...], a assistência se torna muito mais fácil e eficaz (AMETISTA).

Reestruturar e reorganizar o pronto atendimento, com vistas a atender a grande demanda da urgência e emergência, não é tarefa fácil para o enfermeiro, pois, segundo Garlet et al. (2009, p.271), “a procura excessiva por atendimento está relacionada à concentração de recursos humanos e tecnológicos que a UE oferece”. Neste contexto, estudo realizado por Santos e Lima (2011, p. 696) afirma que “o

processo de trabalho do enfermeiro, como prática social integrante do trabalho coletivo em saúde, é composto por duas dimensões complementares: assistir e gerenciar”.

Contudo, apesar da superlotação, existe a preocupação do enfermeiro em garantir sempre o melhor atendimento possível. A fala da entrevistada Ametista reflete essa preocupação.

Coisas que não são da sua competência, mas você tem que assumir essa responsabilidade (AMETISTA).

Considerando ainda o estudo de Garlet et al. (2009), “um atributo de qualidade importante [...] na atenção às urgências é justamente [...] o reconhecimento imediato da gravidade dos casos pelos profissionais”, em especial pelos enfermeiros, pois como responsável pela assistência e pelo gerenciamento do serviço, é de sua responsabilidade identificar as necessidades do setor frente a demanda excessiva aglutinando esforços para garantir a melhor assistência dentro das condições que o pronto atendimento oferece.

Ressalta-se que, para a importante tarefa de salvar vidas, não basta apenas um setor dotado de recursos de média e alta complexidade, é necessário também uma equipe multiprofissional capacitada e comprometida em garantir a vida do cidadão em iminente risco de morte. Esse relacionamento interdisciplinar é de suma importância, não apenas para garantir a vida desse cidadão, mas, também, para manter um ambiente de trabalho harmônico e satisfatório aos olhos do profissional urgencista. Ao encontro a esta afirmação, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde propõe que as ações educativas sejam direcionadas ao coletivo, através de um enfoque multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2009).

Neste estudo, percebeu-se que o bom relacionamento multiprofissional existente entre as equipes, interfere, de forma positiva, para o sucesso no atendimento ao paciente crítico, bem como para a resolutividade no pronto atendimento.

[...] os pacientes passam pelas nossas mãos e [...] junto com a equipe médica, conduzimos o doente até o seu destino, [...] enfim, ele sai do pronto atendimento com uma conduta definida (DIAMANTE).

É notório que a eficácia no atendimento ao doente na urgência e emergência não depende apenas de ações isoladas, mas sim da aglutinação de esforços entre várias categorias, em prol de uma assistência oportuna e livre de riscos, articulando os diferentes saberes para o alcance deste objetivo.

Neste contexto, “a articulação é entendida como as situações de trabalho em que os profissionais colocam em evidência as conexões entre as diversas intervenções [...] e os diversos saberes técnicos empregados na execução do trabalho em saúde” (GARLET et al, 2009, p. 268). Portanto, neste processo de integração entre os profissionais, que produz aprendizagem, a interdisciplinaridade deve fazer parte do cotidiano de todos (SIMÕES et al, 2013).

Frente as essas considerações e apesar da complexidade do cotidiano do processo de trabalho na urgência e emergência, é imperioso o fortalecimento das ações de Educação Permanente em Saúde na elucidação de questões relevantes nesse tipo de rotina.

Ouvir os sujeitos que fazem parte desse processo de trabalho para que as ações sejam moldadas de acordo com as necessidades de cada um deles, visando a participação efetiva, onde os conteúdos da educação, vão ao encontro às necessidades dos sujeitos trabalhadores da urgência e emergência.

5.3.2 As Condições laborais no processo de trabalho

Outra questão a ser considerada nesta subcategoria são as condições laborais no pronto atendimento, que podem interferir direta ou indiretamente no processo de trabalho do enfermeiro, bem como, comprometer sua participação no processo de Educação Permanente em Saúde.

Segundo Jesus et al (2011), as condições de trabalho refletem a valorização do trabalhador, sendo assim, muitas situações podem levar os enfermeiros à insatisfação, com pouca motivação para o trabalho e principalmente para a atualização dos conhecimentos. Assim, considerando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, “o trabalho nos serviços de saúde representa um contexto de aprendizagem”, neste sentido, as organizações ajudam substancialmente a aprendizagem no trabalho (BRASIL, 2009).

Neste estudo foi possível identificar algumas situações que, segundo os enfermeiros, são fatores que dificultam o processo de trabalho em urgência e

emergência, conseqüentemente, interferem sobremaneira em seu envolvimento nas ações de Educação Permanente em Saúde.

O primeiro fator, referido pelos enfermeiros, que interfere negativamente nas condições de trabalho, foi a falta de material. Eles sinalizam que sem o material adequado, pouco se pode fazer pelo paciente em iminente risco de morte.

A nossa insegurança é em relação ao equipamento que não te ajuda [...], nós não temos ambú para trabalhar (AMETISTA).

Você pode ter segurança, mas se não tem suporte de material pra trabalhar [...] a gente acaba perdendo o paciente (AMETISTA).

Você não pode prestar uma boa assistência se você não tem material (AMETISTA).

Estudo realizado por Garlet et al (2009) menciona que a ausência de equipamentos e materiais [...] são aspectos que contribuem para dificultar a realização do trabalho do enfermeiro no pronto atendimento e dificultam sua participação nas ações educativas. Corroborando com este estudo, Jesus et al. (2011) afirmam que a falta de material, a demora no conserto de equipamentos obsoletos, além da falta de manutenção preventiva também são fatores que dificultam o processo de trabalho dos enfermeiros e interferem nas práticas de capacitação.

Não é fácil pontuar todos os transtornos gerados pela falta de instrumentos de trabalho adequados ao cumprimento da sublime tarefa de salvar vidas, por isso, a fala da entrevistada Ametista: “*Você pode ter segurança, mas se não tem suporte de material para trabalhar [...] a gente acaba perdendo o paciente*”, representa um alerta sobre a necessidade de estruturação do pronto atendimento com vistas a uma assistência oportuna e eficaz.

Por conta disso, constantemente os enfermeiros se veem envolvidos em um sentimento de impotência, onde o equipamento ou o material se tornam o limiar entre a vida e a morte. Neste sentido, ao associar-se os aspectos educativos ao contexto do trabalho, é necessário considerar que as propostas de capacitação devem estar articuladas com a realidade para a qual se destina (JESUS et al, 2011).

Sendo assim, para que os profissionais sobrevivam a este caos, a EPS deve propor estratégias de educação mais condizentes com a realidade de cada serviço,

pois, não pode ser ignorado que, tanto trabalhadores como usuários, necessitam de condições dignas de trabalho e de assistência (GARLET, et al, 2009).

Perante essas dificuldades enfrentadas no dia-a-dia do pronto atendimento, alguns enfermeiros consideram o trabalho na emergência como cansativo e estressante. Parecem acreditar que, em outros setores, a carga de estresse diminuirá. Foi o que a fala de uma entrevistada refletiu.

[...] não que eu seja estressada, eu não sou estressada, mas é que as vezes acontece isso no PA, tu estas entendendo? [...] Então eu pedi pra ficar aí na classificação de risco pelo menos um mês (PÉROLA).

Nenhuma atividade está isenta de estresse, assim como nenhum setor está livre dele, o estresse é decorrente da própria natureza do serviço e das próprias condições de trabalho e na urgência e emergência, isso se torna mais acentuado. Nela, o estresse pode ser resultante da própria responsabilidade que o profissional tem diante dos limites entre vida e a morte, bem como, a estrutura que lhes é oferecida neste ambiente.

Estudo realizado por Bezerra et al (2012) destaca que é importante o reconhecimento dos efeitos estressores sobre o organismo dos profissionais que trabalham na urgência e emergência, a fim de evitar distúrbios psicológicos e fisiológicos. Este mesmo estudo aponta ainda a escassez de recursos materiais e instalações físicas inadequadas como alguns dos principais fatores que geram estresse no profissional enfermeiro.

Tais achados articulam-se com o estudo de Garlet et al (2009) onde também aponta [...] o espaço físico inadequado e o dimensionamento insuficiente de pessoal de enfermagem como fatores que se manifestam de forma estressante sobre os profissionais, principalmente sobre o enfermeiro.

No entanto, é de suma importância que os enfermeiros se mobilizem e discutam essas questões e os espaços reservados à Educação Permanente podem ser oportunos para essa discussão. Enfatizando que, a responsabilidade pela provisão e previsão dos recursos e infraestrutura necessários ao cuidado não é uma responsabilidade exclusiva do enfermeiro (SANTOS; LIMA, 2011).

Apesar da constante falta de material, referida pelos entrevistados como um fator que interfere negativamente no atendimento ao doente crítico, foi possível identificar que as opiniões se divergem.

“Não sinto nenhuma dificuldade. Tem o recurso material pra fazer o primeiro atendimento” (ESMERALDA).

Percebe-se, através deste relato, que a disponibilidade do recurso material representa um importante aliado quando nos referimos às condições de trabalho no PA, ressaltando a importância da disponibilidade do mesmo no momento do primeiro atendimento.

Além disso, a falta de infraestrutura também foi sinalizada como ponto negativo e que interfere nas condições de trabalho do enfermeiro.

O pronto atendimento tem uma dificuldade que é [...] a falta de estrutura (TOPÁSIO).

Portanto, segundo Garlet et al (2009), para o sucesso no primeiro atendimento, ou mesmo estabilização dos quadros mais graves, as unidades de urgência e emergência precisam estar habilitadas tecnicamente, isso significa possuírem condições de infraestrutura, de pessoal habilitado e capacitado, recursos materiais e equipamentos, mesmo que, posteriormente, seja necessário o encaminhamento do doente à outras unidades conforme a gravidade de cada caso.

Outro fator que emergiu neste estudo e que interfere nas condições de trabalho do enfermeiro foi a superlotação.

A gente já passou por situações [...] de paciente [...] ficar ventilando no oxilog por não ter inter5 [...] essa é uma dificuldade, superlotação (TOPÁSIO).

Alguns fatores podem contribuir para a superlotação nos serviços de urgência e emergência e muitas vezes isso se dá pelo próprio acesso indiscriminada do usuário, por conta da incapacidade que as unidades locais tem de atender suas queixas. Portanto, a falta de resolutividade e a dificuldade de acesso à rede de saúde são fatores que podem contribuir para a superlotação e interferir na organização do trabalho na urgência e emergência (GARLET et al, 2009).

Neste contexto, é necessário valorizar o estudo de Jesus et al (2011, p. 1.230) onde “o conceito de educação permanente refere-se a uma estratégia para a construção de conhecimentos na área técnico-científica, ética, sociocultural e relacional, envolvendo as questões do cotidiano da instituição”.

A superlotação também pode contribuir para a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros na urgência emergência. Essa problemática será abordada a seguir.

5.3.3 Sobrecarga como reflexo das condições laborais no processo de trabalho

No Brasil, parte expressiva da população da atenção primária ainda busca consultas nos prontos-socorros dos hospitais de média e alta complexidade, mesmo após a ampliação da oferta de serviços de atenção básica desde 1990 (MACHADO et al, 2011).

Dessa busca incansável por consulta, ou mesmo procedimentos da atenção primária nos prontos-socorros, resulta uma sobrecarga de trabalho para todos os profissionais que vivem a urgência e emergência diariamente, principalmente para o enfermeiro que tem a responsabilidade de gerenciar o cuidado e o serviço, além de compartilhar da responsabilidade pela participação dos trabalhadores de enfermagem, sob a sua gerência, nas ações de Educação Permanente em Saúde.

Conforme propõe a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a educação dos trabalhadores da saúde acontece no seu cotidiano, a partir da problematização do seu próprio processo de trabalho. Suas diretrizes devem assegurar Educação Permanente dos profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009).

Sendo assim, estudo realizado por Jesus et al (2011, p.1230) aponta que “as ações educativas dirigidas a esses trabalhadores vêm sendo inseridas no planejamento de atividades da direção de enfermagem, tendo um enfermeiro designado para se responsabilizar pela capacitação da equipe”.

Porém o dia a dia impõe uma realidade dolorosa para esses trabalhadores, onde, dificilmente, conseguem inserir-se nas ações de educação desenvolvidas durante sua jornada de trabalho. O depoimento da entrevistada Ametista endossa essa dificuldade.

A gente chega pra trabalhar, quando dá 21hs o PA está “bombando”, mas aí você tem que subir pra assistir treinamento, assim fica difícil (AMETISTA).

O depoimento aqui exposto acena que a sobrecarga de trabalho, muitas vezes, não permite que o profissional interrompa sua rotina de serviço para participar das ações de Educação Permanente em Saúde. No entanto, prover a participação do profissional de enfermagem em ações educativas, são ações que integram o processo de gerenciamento do enfermeiro.

Corroborando com o exposto, Santos e Lima (2011) afirmam que, o gerenciamento de enfermagem corresponde às principais ações realizadas pelo enfermeiro durante sua jornada de trabalho, sendo elas: planejamento do cuidado; previsão e provisão de recursos; supervisão, liderança e capacitação da equipe de enfermagem. Porém, com a sobrecarga de trabalho, essas ações se tornam utopia

A superlotação também contribui para dificultar o atendimento à todas as necessidades apresentadas pelos usuários que procuram os serviços de urgência e emergência, na ânsia pelo alívio de seu sofrimento. Esta dificuldade ficou expressa na fala de um entrevistado:

[...] a dificuldade é pela própria demanda, que é muita gente, as vezes para poucos funcionários (RUBI).

[...] as vezes os técnicos são insuficientes, [...] as vezes só tem um enfermeiro de plantão (RUBI).

Fica claro que a superlotação representa um dos principais desafios para o enfermeiro, comprometendo a assistência prestada nas salas de emergência, refletindo diretamente no pessoal técnico, onde o quantitativo é sempre insuficiente para atender toda a demanda, principalmente os usuários que deveriam ser acolhidos pela atenção básica, mas permanecem por longo período de tempo nas salas de observação. Isso, de certa forma, descaracteriza a finalidade do trabalho na emergência, impedindo que o mesmo seja realizado com a qualidade esperada e não dispondo das condições necessárias para as práticas do cuidado e educação (GARLET et al 2009).

Segundo Santos e Lima (2011), considerando a dinamicidade do trabalho na emergência e o aumento ou diminuição do número de pacientes ao longo de cada

turno, a distribuição diária dos funcionários entre os setores da unidade está sempre sujeita a modificações, isso significa que os técnicos de enfermagem podem ser deslocados de uma área para outra conforme a necessidade do serviço. Diante disso, o planejamento da Educação permanente fica comprometido em decorrência da fragmentação das escalas de serviços, pois, os trabalhadores podem ser remanejados para outras unidades conforme a necessidade do setor.

Esta situação se agrava nos finais de semana, quando a demanda à procura de atendimento aumenta consideravelmente, conforme o relato da entrevistada Ametista.

O plantão [...] de final de semana é sempre mais carregado (AMETISTA)

É notório que a sobrecarga de trabalho, principalmente nos finais de semana, compromete a assistência nas salas de emergência, que deveriam ser salas transitórias, apenas para a estabilização do estado clínico do paciente, porém, pela superlotação, acabam se transformando em unidades de internação.

Segundo Garlet et al (2009, p. 269), “o atendimento nas salas de urgência e emergência compete com o atendimento de rotina dos pacientes em observação”. Para eles, o enfrentamento das adversidades da urgência e emergência tem colocado os profissionais de enfermagem na posição de vítimas neste cenário adverso.

Todos esses fatores somam-se como interferência negativa para a atuação do enfermeiro na urgência e emergência e acabam contribuindo para afastá-lo da assistência direta ao paciente. Isso foi identificado no discurso de um entrevistado.

“Quem dera que nós conseguíssemos fazer o exame primário em todos os pacientes [...], porque o correto é que, nós enfermeiros também fizéssemos, porque isso já definiria o que o paciente tem [...]” (PÉROLA).

A atuação do enfermeiro no pronto atendimento deve ir muito além da burocracia e está diretamente relacionado à dinâmica do setor. Nele, o enfermeiro tem a responsabilidade, assim como o profissional médico, de realizar a avaliação primária e identificar imediatamente as situações que comprometem a vida, priorizando o atendimento daqueles doentes clinicamente mais críticos. Neste

sentido, é importante ressaltar que para os doentes de emergência, a avaliação primária é a base para todas as decisões de atendimento, seu principal objetivo é determinar a condição atual do doente e desenvolver uma impressão geral de seu estado (PHTLS, 2012).

Tudo isso perpassa pelo conhecimento científico que o enfermeiro precisa possuir sobre mecanismo de trauma e mecanismo de lesão, tão necessários ao desenvolvimento contínuo do cuidar em emergência. Portanto, segundo Fonseca et al (2011), o desejo de fazer a diferença, o preparo para uma atuação segura e com responsabilidade social, precisam estar alicerçados em conhecimento científico e capacitação técnica, pois eles são os elementos formadores da competência.

É nessa perspectiva de formação técnica que se insere a Educação Permanente em Saúde, que “considera que a necessidade de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e da população” (BRASIL, 2009, p.20).

Neste contexto, este estudo proporcionou identificar que a sobrecarga de trabalho, dentre as quais a burocracia excessiva, afastam o enfermeiro de suas principais competências nas salas de emergência, além disso, acaba distanciando esse profissional do acompanhamento da evolução clínica do paciente grave. Corroborando com este pensamento, Bezerra et al (2012) afirmam que, conciliar atividades burocráticas com a assistência aos pacientes graves é muito difícil e acaba resultando no distanciamento do enfermeiro dos cuidados diretos a este paciente, gerando cobranças para esse profissional.

Estudo realizado por Jesus et al (2011, p.1233) também identificou que a sobrecarga de trabalho leva à “ausência do enfermeiro e o seu afastamento de algumas atividades inerentes à sua função, em relação ao processo de trabalho assistencial e de gestão da Enfermagem”.

Ao refletir sobre os preceitos de Educação Permanente em Saúde na perspectiva de transformação pessoal, profissional e organizacional, o enfermeiro, sendo o líder da equipe de enfermagem, assume a posição estratégica para que as mudanças sejam implantadas (JESUS et al 2011). E nessa perspectiva de transformação, a Educação Permanente em Saúde transita no sentido contrário ao da reprodução, rompendo paradigmas socialmente aceitos (SILVA et al 2010).

Nesse contexto, a sobrecarga de trabalho se impõe como empecilho para a autonomia do trabalhador da saúde, através das ações de Educação Permanente.

6 CONCLUSÃO

Este trabalho é resultado de um estudo que se propôs investigar o Programa de Educação Permanente em Saúde de uma instituição e sua interferência na reversão das fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento.

Remetendo-se ao tema Educação Permanente em Saúde (EPS) reconhece-se o grande desafio enfrentado pelo setor saúde para o desenvolvimento de um processo educativo incorporado ao cotidiano das instituições. Porém, muitos são os percalços encontrados e enfrentados pelos serviços na ânsia de implantar um modelo de educação condizente com as propostas da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), dentre eles, a transformação das práticas através da ação/reflexão/ação a partir dos problemas enfrentados na realidade de cada serviço, valorizando o conhecimento acadêmico e o conhecimento prático de cada profissional.

Apesar do enfoque da Educação Permanente representar um importante avanço na concepção e nas práticas de capacitação nos serviços de saúde, foi expressivo o número de enfermeiros que desconhecem esse enfoque e nunca participaram de nenhuma ação educativa. É neste horizonte de desconhecimento, que emerge a necessidade de refletir sobre os preceitos de EPS no contexto de emancipação e autonomia do trabalhador da saúde, vislumbrando a melhoria na qualidade dos serviços de saúde.

Independentemente do que eles entendam por Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada ou Educação em Serviço, o importante é pensar numa ação educativa com propósitos e objetivos comuns, a transformação das práticas assistenciais. Neste sentido, fica a convicção que a EP representa o elo entre os enfermeiros e a educação transformadora. Sendo assim, os resultados endossam que as ações educativas devem estar comprometidas com o desenvolvimento permanente de seus profissionais, analisando reflexivamente os problemas da prática e transformando as situações diárias em aprendizagem.

Apesar disso, frente ao exposto no depoimento dos sujeitos entrevistados, no desenvolvimento da Educação Permanente do hospital, ainda persiste o modelo escolar tradicional, aquele que se restringe apenas a reprodução de conhecimento e não atinge as necessidades dos educandos. Porém, é consenso entre muitos

autores que essa visão de ensino-aprendizagem traz em seu cerne uma postura ultrapassada e um modelo de ensino decadente.

Portanto, tem-se a convicção que, para associar os aspectos educativos ao contexto do trabalho, faz-se necessário ensaiar um desenho de Educação Permanente em Saúde que busque instituir novas maneiras de pensar e agir em saúde, por meio de uma proposta metodológica que valoriza o conhecimento de todos na perspectiva do aprendendo-ensinando. Assim será possível motivar a transformação pessoal e profissional dos enfermeiros, dentro de uma proposta pedagógica de ensino problematizador, vislumbrando a concretude de uma aprendizagem realmente significativa.

Desta forma, as ações advindas de iniciativas compartilhadas entre os diferentes saberes possibilitam um pensar e um agir mais responsável. Nesse contexto, a ação interdisciplinar influencia o processo de integração entre os diferentes profissionais da saúde. Neste sentido, é importante que as ações educativas coloquem em evidência as conexões existentes entre as diversas intervenções, através de um enfoque multiprofissional e interdisciplinar, onde a aglutinação de esforços é o caminho para uma assistência mais oportuna e livre de riscos.

Nesse horizonte de articulação de diferentes saberes, as ações de Educação Permanente têm o compromisso de congrega os diferentes sujeitos para o fortalecimento do trabalho em equipe, desenvolvendo estratégias de ensino que vão ao encontro às suas necessidades, através da apropriação ativa dos saberes técnico-científico e dos problemas de saúde do usuário. Sendo assim, elas são uma ferramenta para a concretude do processo de transformação da realidade dos sujeitos e das instituições de saúde.

Todavia, na perspectiva de mudança organizacional, este estudo evidenciou que, embora as ações educativas sejam desenvolvidas na instituição, nem sempre os enfermeiros têm a oportunidade de participar, geralmente em decorrência de uma estrutura organizacional ineficaz.

Questões como, condições laborais e sobrecarga de trabalho contribuem de forma significativa para a baixa adesão dos enfermeiros ao Programa. Entretanto, o problema não se restringe apenas à essas questões, constatou-se que não existe um diagnóstico situacional que problematize esses fatores e, como as ações

educativas são programadas nos horários de trabalho, dificilmente os enfermeiros conseguem deixar seus setores para participar dessas ações.

É emergente que o Programa se conscientize que, os espaços de Educação Permanente também possam ser oportunos para levantar discussões relacionadas a infraestrutura necessária ao cuidado e sua relação com a pouca adesão dos enfermeiros ao Programa. Todavia, a participação dos gestores, coordenadores, diretores administrativos, financeiros, entre outros responsáveis pela estrutura organizacional da instituição, é fundamental e estratégico para a proficuidade do serviço.

Este momento confere respeito, valorização, confiabilidade e reconhecimento ao Programa, indicando que as ações educativas são desenvolvidas de forma integrada à gestão, entendendo que a responsabilidade pela provisão e previsão dos recursos e infraestrutura necessários ao cuidado, é responsabilidade de todos os sujeitos envolvidos no processo de gestão.

Estas questões são de grande relevância para análise da adesão do profissional ao Programa de Educação Permanente, visto que, também é atribuição da EPS o diagnóstico situacional dos setores envolvidos, com vistas à construção de intervenções que possibilitem a mudança.

Portanto, ao desvelar o porquê do Programa de Educação Permanente em Saúde de um hospital de urgência e emergência não consegue reverter as fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento, emergiram, dos depoimentos dos entrevistados, problemas relacionados ao desenvolvimento do Programa de Educação Permanente em Saúde no que concerne ao tipo de metodologia utilizada nas ações educativas; aos profissionais e sua pouca adesão às ações de Educação Permanente em Saúde e a estrutura organizacional inadequada como fator impeditivo à concretude dos propósitos da Educação Permanente em Saúde.

Desta forma, ao responder a pergunta de pesquisa, tem-se a convicção em afirmar que o Programa de Educação Permanente em Saúde do hospital contexto deste estudo, não consegue reverter as fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento, primeiramente, porque as metodologias comumente utilizadas nas ações educativas não estão fundamentadas em concepções pedagógicas problematizadoras, não proporcionando aos profissionais a construção de conhecimentos que promovam novos modos de pensar e agir em

saúde, através de uma reflexão crítica sobre sua prática assistencial, indo de encontro às propostas da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Além disso, a pouca adesão dos profissionais nas ações de EPS é o reflexo de uma rotina de trabalho sobrecarregada, expostos a condições laborais precárias, levando-os a um sentimento de impotência frente a realidade frustrante dos serviços de urgência e emergência. Esses fatores podem ser considerados como empecilho à autonomia dos sujeitos e interferem sobremaneira na formação e no desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores da saúde.

Portanto, diante dos resultados desta investigação, podemos afirmar com segurança que, a aglutinação de todos esses fatores compromete o processo de Educação Permanente em Saúde, conseqüentemente, não consegue reverter as fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento. Sendo assim, algumas sugestões são relevantes para a reversão deste resultado:

Primeiramente o envolvimento e a participação ativa de todos os atores no processo de Educação Permanente em Saúde da instituição, dentre eles, diretores, coordenadores, supervisores, criando espaços de discussão sobre os problemas institucionais e construindo soluções coletivamente, para que, a partir daí as ações de EPS sejam moldadas de forma a dar condições para a efetiva participação dos enfermeiros, congregando todos os esforços para o fortalecimento do programa.

Realização de diagnóstico situacional sobre a realidade do serviço, onde as condições laborais, sobrecarga de trabalho e necessidades dos enfermeiros sejam analisadas antes do planejamento de cada ação educativa, vislumbrando estratégias que possibilitem a participação efetiva de todos os enfermeiros.

Por fim, rever o modelo pedagógico utilizado nas ações educativas é primordial para a concretude de uma aprendizagem realmente significativa, neste sentido, faz-se necessário instituir metodologias ativas baseadas em concepções pedagógicas problematizadoras, capazes de promover a transformação pessoal e profissional dos enfermeiros nas unidades de urgência e emergência.

REFERÊNCIAS

ALVES, Josenira Célia dos Reis. **Política Nacional de Educação Permanente no Sus**: estudo da implementação sob a perspectiva dos gestores da secretaria municipal de saúde de Teresópolis em 2006 - 2007. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br>>. Acesso em: 03 de março de 2013.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, **Interface-Comunic., Saúde, Educ.** v. 9, n.16, p. 39-52, fev 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid>. Acesso em: 11.06.2013.

ANDRADE, Selma Regina de; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 373-381, 2011.

ANJOS, Alexandre Martins dos; NUNES, Fátima de Lourdes dos Santos; TORI, Romero. Avaliação de habilidades sensório-motoras em ambientes de realidade virtual para treinamento médico: uma revisão sistemática. **J. Health Inform.** V. 4, n.1, p. 28-34, jan./mar. 2012.

ARAÚJO, Maria José. **Política de Educação Permanente**: Uma Análise de Implementação no Distrito Sanitário III - Recife. 2011. Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ATAIDE, Marcia Cristiane Eloi Silva; SILVA, Boniek Venceslau da Cruz. As Metodologias de Ensino de Ciências: Contribuições da Experimentação e da História e Filosofia da Ciência. **Holos**, v. 27, n. 4, p. 171-181, 2011.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Advanced Trauma Life Support (ATLS)**. 9th. ed, Chicago: Copyright, 2012.

AZEVEDO, José André de. Fundamentos filosóficos da pedagogia de Paulo Freire. **Akrópolis Umuarama**, v. 18, n. 1, p. 37-47, jan./mar. 2010.

BELLUCCI JUNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 32, n. 4, p. 797-806, 2011.

BEZ, Marta Rosecler; VICARI, Rosa Maria; FLORES, Cecília Dias. Métodos Ativos de Aprendizagem: Simulador de Casos Clínicos – Simdecs. **RETEME**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 146-166, 2012.

BEZERRA, Francimar Nipo; SILVA, Telma Marques; RAMOS, Vânia Pinheiro. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. **Acta Paul Enferm.** V. 25, N. Esp. 2, p. 151-156, 2012.

BRASIL. Acolhimento com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **REME**, v. 16, n. 3, p. 419-428, jul./set., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde – HumanizaSUS**. Brasília-DF: MS, 2004.

_____. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 10 de setembro 2013.

_____. Portaria GM/MS nº. 1.020, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/orientacoes_upas.pdf>. Acesso em: 25 maio 2013.

_____. Portaria GM/MS nº. 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/.../portaria_1883_de_29_09_2003.pdf>. Acesso em: 07 julho 2013.

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: MS, 2009. série B. Textos básicos de saúde (Série Pactos pela Saúde 2006; v.9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação da Saúde. **Caminhos para a Mudança da Formação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde**: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS. Brasília-DF: MS, 2003.

_____. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

CECCIM, Ricardo Burg. Saúde é luta: lutar com a formação?. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, p. 2299-2300, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CENTRO PAULO FREIRE. Estudos e Pesquisas. Biografia, 2010. Disponível em <<http://www.paulofreire.org.br/>>. Acesso em: 16 mai. 2013.

COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. Comitê do Trauma. **Suporte avançado de vida no trauma para médicos**: manual do curso para alunos. 8. Ed. São Paulo: Colégio Americano de Cirurgiões, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1451/95. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]** Brasília, 17.03.1995, Seção I - Página 3666.

CUNHA, Lissandra Borba; MIZOI, Cristina Satoko. Sistemas de avaliação de treinamento: da teoria à prática. **Einstein: Educ Contin Saúde**. N. 8, p. 156-60, 2010.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; ACIOLI, Sonia. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n.1, p. 127-131, jan./fev. 2010.

FERNANDES, Rosa Maria Castilhos. Educação permanente nas situações de trabalho de assistentes sociais. **Rev. Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.10, nº 3, Nov. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000300008>>. Acesso em: 03 de março de 2013.

FERREIRA, Adriana Marques; PINA, Leonardo Docena; CARMO, Thagnari Reis do. A relação educador-educando na perspectiva freireana. COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE, 5., 2005, Recife. **Anais eletrônicos ...** Disponível em: <<http://www.paulofreire.org.br/pdf>>. Acesso em: 30 de ago 2012.

FLATO, Uri Adrian Prync; GUIMARÃES Helio Penna. Educação baseada em simulação em medicina de urgência e emergência: a arte imita a vida. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, set./out., v. 9, n. 5, p. 360-4, 2011.

FONSECA, Ariadne da Silva. **A Simulação Realística no processo ensino-aprendizagem em enfermagem**. 2011. Disponível em: <<http://www.nursing.com.br/article.php?a=1214>>. Acesso em: 03 de março de 2013.

FONSECA, Ariadne da Silva; PETERLINE, Fábio Luís; CARDOSO, Maria Lúcia Alves Pereira; LOPES, Luciene Lourenço Abbate; DIEGUES, Sylvia Regina Suelotto. **Enfermagem em Emergência**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

_____. **Educação com prática da liberdade**. 14. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011a.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 45ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013a.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011b.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 54. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013b.

GARLET, estela Regina; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; SANTOS, José Luis Guedes dos; MARQUES, Gilselda Quintana. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-72, abr./jun. 2009.

GODSON, Nina Raphaela; WILSON, Ann; GOODMAN, Margaret. Evaluating student nurse learning in the clinical skills laboratory. **Brit J Nurs**. V. 16, n.15, p. 942-5, 2007.

GUIMARÃES, Cleidson Carneiro. Experimentação no Ensino de Química: Caminhos e Descaminhos Rumo à Aprendizagem Significativa. **Química Nova na Escola**. v. 31, n 3, ago. 2009.

JEFFRIES, Pamela R.; MCNEILIS, Angela M.; WHEELER, Corinne A. Simulation as a vehicle for enhancing collaborative practice models. **Crit Care Nurs Clin N Am**. V. 20, p. 471-80, 2008.

JESUS, Maria Cristina Pinto et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, 5, p.1229-36, 2011.

LEITÃO, Fernando Bueno Pereira et al. Prevenção e atendimento inicial do trauma e doenças cardiovasculares: um programa de ensino. **Rev. bras. educ. med.**, v. 32, n.4, p. 419-423, 2008.

LOPES, Márcia Maria Bragança. **Educação em enfermagem e práxis da enfermeira na atenção básica de saúde**. 2009. 270 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

MACHADO, Cristiane Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011 Epub Apr 15, 2011.

MARIN, Maria José Sanches; LIMA, Edna Flor Guimarães; PAVIOTTI, Ana Beatriz; MATSUYAMA, Daniel Tsuji; SILVA, Larissa Karoline Dias da; GONZALEZ, Carina; DRUZIAN, Suelaine; ILIAS, Mércia. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V. 34, n. 1, p. 13 – 20 ; 2010.

MITRE, Sandra Minard et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, (Supl.1), 2133-2143, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000900018&lng=pt>. Acesso em 02.09.2013.

OLIVEIRA, Virgínea M. L. Pessoa; MIZIARA, Sandra. **Plano de Ação da Educação Permanente na Área Assistencial do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência**. [s.l:s.n], agosto, 2013.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; MÉIER, Marineli Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**; v. 41, n. 3, p. 478-84. 2007. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em 10.12.2014.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527- 1534, set./out. 2003.

PEREIRA, R.P.A. O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família. Grupo de Estudos em Saúde da Família. **AMMFC**: Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm>. Acesso em: 08 de set 2013.

PHTLS COMMITTEE OF THE NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS; AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **PHTLS**: atendimento pré-hospitalar ao traumatizado básico e avançado. Rio de Janeiro, Elsevier, 2012.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CORNETTA, Vitporia Kedy. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para monitoramento da atenção básica de saúde. **Cad Saúde Pública**. V. 24, n. 9, p. 2032-42, 2008.

REED, Shelly J. Designing a simulation for student evaluation using scriven's key evaluation checklist. **Clin Simul Nurs**. N. 6, p. 41-4, 2010.

REIBNITZ, Kenya Schmidt; PRADO, Marta Lenise do. **Inovação e Educação em Enfermagem**. Florianópolis: Cidade FUTURA. 2006, 240 p.

ROMANI, Humberto Menon et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, p. 41 – 53, 2009.

ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANINO Giane Elis de Carvalho. O uso da simulação em enfermagem no Curso Técnico de Enfermagem. **J. Health Inform.** V. 4, n. Esp., p. 148-5, Dez. 2012.

SANTOS, José Luís Guedes dos; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 32, n. 4, p. 695-702. 2011.

SANTOS, Mateus Casanova dos; LEITE, Maria Cecília Lorea. A avaliação das aprendizagens na prática da simulação em enfermagem como *feedback* de ensino. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 552-556, set 2010.

SEROPIAN, M.A et al. Simulation: not just a manikin. **J Nurs Educ.** v. 43, n. 4, p.164-169, abr. 2004.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da; FERRAZ, Fabiane; LINO, Mônica Motta; BACKES, Vânia Marli Schubert; SCHMIDT, Sandra Marcia Soares. Educação Permanente em Saúde e no Trabalho de Enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 557-561, set 2010.

SILVA, Maria Josefina; SOUSA Eliane Miranda de; FREITAS, Cibelly Lima. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 64, n. 2, mar./apr. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200015>>. Acesso em: 10.09.2013.

SILVEIRA, Joyce da Costa; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Ensino na prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. **Rev. enferm. UERJ.**, v.16, n. 4, p. 512-517, out./dez. 2008.

SIMÕES, Camila Gerson; URBANETTO, Janete de Souza; FIGUEIREDO, Ana Elizabeth Prado Lima. Ação interdisciplinar em serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p.127-134, mai./ago. 2013.

SOUSA, Leilane Barbosa et al. Práticas de Educação em Saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 55-60, jan./mar. 2010.

SOUZA, Flávia Aparecida de; PAIANO, Marcelle. Desafios e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem em início de carreira. **REME**, v. 15, n. 2, p. 267-273, abr./jun., 2011.

STRAUSS, Anselm.; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa:** técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. Trad. Luciana de oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TEIXEIRA, Carla Regina de Souza et al. O Uso de simulador no ensino de avaliação clínica em enfermagem. **Texto contexto - enferm.** v. 20, n. spe, p. 187-193, 2011.

TEÓFILO, Tiago José Silveira; DIAS, Maria Socorro de Araújo. Concepções de docentes e discentes acerca de metodologias de ensino-aprendizagem: análise do caso do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú em Sobral – Ceará. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.30, p.137-51, jul. / set. 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115445012>. Acesso em: 20.05.2014.

VARGA, Cássia Regina Rodrigues; ALMEIDA Volia de Carvalho; GERMANO, Carla Maria Ramos; MELO, Débora Gusmão; CHACHÁ, Silvana Gama Florêncio; SOUTO, Bernardino Geraldo Alves, FONTANELLA, Bruno José Barcellos; LIMA, Valéria Vernaschi. Relato de Experiência: o Uso de Simulações no Processo de Ensino-aprendizagem em Medicina. **Revista Bras. Educ. Méd.**, v. 33, n. 2, p. 291–297, 2009.

VIEIRA, Ricardo Quintão; CAVERNI, Leila Maria Riss. Manequim de Simulação Humana no Laboratório de Enfermagem: uma revisão de literatura. **HERE**, v. 2, n. 1, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n3vol1artigo7>>. Acesso em: 03/05/2013.

VILLAS-BOAS, Benigna M. de Freitas. Planejamento da avaliação escolar. **Pró-posições**, v. 9, n. 3, p. 19-27, nov. 1998.

VILELA, Paula França; SOUZA, Ândrea Cardoso. Liderança: Um desafio para o Enfermeiro recém formado. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 591-7, out/dez 2010.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4. Ed. Tradução Ana Thorell; revisão técnica Cláudio Damascena. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Responsabilidade pelo Uso de Informações e Cópias de Documentos

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Termo de Responsabilidade pelo Uso de Informações e Cópias de Documentos
para Fins de Pesquisa**

Eu Francilene da Luz Belo, portadora do documento de identificação de nº 2113007 SEGUP-PA e do CPF nº 429066442-34, domiciliado BR 316, km2, rua São Pedro nº 43, bairro Atalaia, CEP: 67013-490.

DECLARO estar ciente:

- a) De que os documentos aos quais solicito acesso e/ou cópias são custodiados pelo Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência;
- b) Da obrigatoriedade de, por ocasião da divulgação, se autorizada, das referidas reproduções, mencionar sempre que os respectivos documentos em suas versões originais pertencem ao acervo do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência;
- c) De que as cópias dos documentos objetos deste termo não podem ser repassadas a terceiros;
- d) Das restrições a que se referem os art. 4 e 6 da Lei nº8.159 de 08.01.1991 (Lei de Arquivos); da Lei nº 9610, de 19.02.1998 (Lei de Direitos Autorais); dos art. 138 e 145 do Código Penal, que prevê os crimes de calúnia, injúria e difamação; bem como da proibição, decorrente do art. 5º, inciso X, da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, de difundir as informações obtidas que, embora associadas a interesses particulares, digam respeito à honra e à imagem de terceiros;
- e) De que a pessoa física ou jurídica, responsável pela utilização dos documentos, terá inteira e exclusiva responsabilidade, no âmbito civil e penal, a qualquer tempo, sobre danos materiais ou morais que possam advir da divulgação das informações contidas nos documentos bem como do uso das cópias fornecidas, eximindo, consequentemente, de qualquer responsabilidade, o Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência;

DECLARA igualmente que as informações e as cópias fornecidas serão utilizadas exclusivamente por Francilene da Luz Belo para fins de pesquisa no âmbito do projeto **Metodologias Educativas: instrumentos balizadores das práticas dos profissionais enfermeiros**, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará.

Belém, ____ de _____ de 2014.

Francilene da Luz Belo
Pesquisadora responsável

APÊNDICE B – Protocolo de Observação

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO

Projeto de Pesquisa: Metodologias Ativas: instrumentos balizadores das práticas dos profissionais enfermeiros

Pesquisadora Principal: Francilene da Luz Belo

Pesquisadora Orientadora: Profa Dra Márcia Maria Bragança Lopes

DADOS GERAIS DO ESTUDO

- Questão Norteadora:

- ✓ por quê o Programa de Educação Permanente em Saúde de um Hospital de Urgência e Emergência não consegue reverter as fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento?

- Objetivo do Estudo:

- ✓ Desvelar por quê o Programa de Educação Permanente em Saúde de um Hospital de Urgência e Emergência não consegue reverter as fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento.

- Suporte Teórico – filosófico do Estudo

- ✓ Na composição do suporte teórico-filosófico deste projeto, será utilizado Paulo Reglus Neves Freire e sua Educação Libertadora.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Local:

Data:

Tempo de Observação:

Observações:

IDENTIFICAÇÃO DO OBSERVADO

Codiname

Naturalidade:

Idade:

Sexo:

Ano de Conclusão do Curso de Graduação:

Titulação Acadêmica:

Unidade de Trabalho:

Turno de Trabalho:

Tempo de Trabalho na Instituição:

Cargo:

E-mail:

Fonte:

QUESTÕES CENTRAIS DA OBSERVAÇÃO

1- Manuseio de situações críticas:

- Recebeu o paciente na admissão?	Sim ()	Não ()
Descrição: _____		
- Investigou o mecanismo de trauma?	Sim ()	Não ()
Descrição: _____		
- Realizou o exame primário?	Sim ()	Não ()
Descrição: _____		
- Avaliou as possibilidades de possíveis lesões?	Sim ()	Não ()
Descrição: _____		

APÊNDICE C – Protocolo de Estudo de Caso

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PROTOCOLO DE ENTREVISTA

Projeto de Pesquisa: Metodologias Educativas: instrumentos balizadores das práticas dos profissionais enfermeiros

Pesquisadora Principal: Francilene da Luz Belo

Pesquisadora Orientadora: Profa Dra Márcia Maria Bragança Lopes
Protocolo de Entrevista

DADOS GERAIS DO ESTUDO

- Questão Norteadora:

- ✓ Por quê o Programa de Educação Permanente em Saúde de um Hospital de Urgência e Emergência não consegue reverter as fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento?

- Objetivo do Estudo:

- ✓ Desvelar por quê o Programa de Educação Permanente em Saúde de um Hospital de Urgência e Emergência não consegue reverter as fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento.

- Suporte Teórico – filosófico do Estudo

- ✓ Na composição do suporte teórico-filosófico deste projeto, será utilizado Paulo Reglus Neves Freire e sua Educação Libertadora.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Local:

Data:

Tempo de Entrevista:

Observações:

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Codínome

Naturalidade:

Idade:

Sexo:

Ano de Conclusão do Curso de Graduação:

Titulação Acadêmica:

Unidade de Trabalho:

Turno de Trabalho:

Tempo de Trabalho na Instituição:

Cargo:

E-mail:

Fonte:

QUESTÕES CENTRAIS DA ENTREVISTA

- Conhecimento sobre Educação Permanente em Saúde
- Conhecimento sobre Metodologias de Ensino
- Perspectiva do processo de trabalho após o treinamento

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Informado

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Termo de Consentimento Livre e Informado

TÍTULO DO PROJETO: Metodologias Educativas: instrumentos balizadores das práticas dos profissionais enfermeiros.

Meu nome é Francilene da Luz Belo, enfermeira, matriculada no curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará PPGENF/ICS/UFPA. Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada Metodologias Educativas: instrumentos balizadores das práticas dos profissionais enfermeiros, com o objetivo de desvelar por quê o Programa de Educação Permanente em Saúde de um Hospital de Urgência e Emergência não consegue reverter as fragilidades dos enfermeiros durante as práticas no setor de pronto atendimento e este objetivo só será alcançado com sua participação. Nesse sentido, gostaria de contar com sua colaboração participando de observação participante e entrevista. Fica assegurada a garantia de anonimato das informações fornecidas, podendo desistir a qualquer momento se assim o desejar. Esclareço que as informações serão gravadas, utilizadas para a dissertação de mestrado e posterior publicação. Sua participação poderá contribuir para a construção de um processo de educação permanente mais efetivo, uma vez que a avaliação servirá de indicativo para direcionar o processo de formação de futuras enfermeiras e da educação no trabalho. Após a etapa da entrevista e transcrição, seu relato será entregue para seu parecer final, estando livre para acrescentar ou corrigir as informações que julgar pertinente. Desta forma, ao assinar este documento, você estará declarando aceitar fazer parte deste estudo.

Agradeço sua colaboração, colocando-me a disposição para quaisquer esclarecimentos e dúvidas pelos telefones: (91) 32733807/996062203/982850285. E-mail: francilene.belo@yahoo.com.br ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa–CEP/ICS-UFPA na Cidade Universitária Professor José da Silveira Neto, nº 01, Guamá, CEP: 66075-110, Belém-PA, Telefone: 3201-7735 - e-mail: cepccs@ufpa.br.

Francilene da Luz belo

PESQUISADORA PRINCIPAL, PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “Metodologias Educativas: instrumentos balizadores das práticas dos profissionais enfermeiros” e ciente dos objetivos e compromissos da pesquisadora sobre a utilização das informações, concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

_____ (PA) _____, de _____ de 2013.

Assinatura:..... RG:

APÊNDICE E – NOTAS DE ESTUDO DE CASO

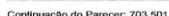
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Notas de Estudo de caso

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO, FORMAÇÃO E GESTÃO.

- ENTREVISTA

Metodologias Educativas: instrumentos balizadores das práticas dos profissionais enfermeiros	
Questões centrais: - conhecimento sobre Educação Permanente em Saúde - conhecimento sobre Metodologias de Ensino - perspectiva do processo de trabalho após o treinamento	Nº
Codinome	
Descrições:	
Observações:	
Endereço de realização da pesquisa:	

ANEXOS



Não

Geometrisches Skizzen & mittels der GDS

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos

ANEXO B – Termo de consentimento da Instituição e dos Autores
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Ananindeua, 14 de março de 2014

TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO E DOS AUTORES

Pelo presente termo e na qualidade de representante do Departamento de Ensino e Pesquisa desta instituição, declaro que aceito a realização do projeto de pesquisa intitulado: **“METODOLOGIAS ATIVAS: instrumentos facilitadores do processo de educação permanente em saúde”** elaborada pela Enfermeira: **Francilene da Luz Belo**, do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará PPGENF/ICS/UFPA, sob orientação da Pro^{fa}. Dr^a. Marcia Maria Bragança Lopes. Na oportunidade solicito que os autores entreguem, ao final da pesquisa, uma cópia do trabalho finalizado e informem se o mesmo, foi publicado em revista científica.


 Autor da Pesquisa

Dr. Leonardo Ramos
 Coord. Ensino e Pesquisa
 HMUE - ICS - UFPA - OSS

Coordenador do DEP/HMUE



Rodovia Br. 316 Km 03 S/N – Ananindeua/PA
 Bairro: Guanabara - CEP: 67.113-000 - Fone: (91) 3073-3700

