**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CARLA GARCIA GOMES LECCA

**IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO
CONFORME DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

**São Paulo
2017**

CARLA GARCIA GOMES LECCA

**IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO
CONFORME DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – Nível mestrado

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lucia Mira

**São Paulo
2017**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Lecca, Carla Garcia Gomes

Implantação e avaliação de um programa educativo conforme diretrizes da política nacional de educação permanente em saúde / Carla Garcia Gomes Lecca. São Paulo, 2017.

121 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Mira

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Educação em saúde. 2. Programa educativo. 3. Comunicação em saúde. 4. Pesquisa-ação. 5. Profissionais da saúde. 6. Enfermagem. I. Título.

Nome: Carla Garcia Gomes Lecca

Título: Implantação e avaliação de um programa educativo conforme diretrizes da política nacional de educação permanente em saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem (PPGEEn) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^a Dr^a Vera Lucia Mira

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo à minha família, meu esposo Valmir, filhos Fernanda e Flávio Augusto, que me apoiam incondicionalmente. À minha mãe, que tem um papel fundamental na minha vida pessoal, na minha formação profissional. Às minhas irmãs Cássia e Camila, pelo apoio e companheirismo sempre. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por estar presente ao meu lado em todos os momentos da vida.

Agradeço ao meu esposo Valmir, apoio incondicional, amor eterno, ombro amigo, com paciência e segurança sempre. E aos meus filhos Nanda e Flavinho, amores da minha vida. Presentes em minha vida durante todo o processo, com as incertezas, alegrias, descobertas, tristezas, cansaço, e agora a alegria de concluir essa etapa.

À minha mãe, que está sempre presente, no apoio, na preocupação, e é responsável pelo início dessa caminhada, ainda no colégio, depois na graduação... Sempre lutando junto!

À Cassinha, minha irmã, filha, mãe, apoio de todas as horas...

À Camila, minha irmã, longe e perto...

À Vera, grande responsável pela conclusão deste processo, sempre com cuidado, paciência, um carinho e um conhecimento enormes! Não tenho palavras! Muito obrigada!!!

À grande amiga Gabriela, companheira de vida, de pesquisa, de trabalho. Me proporcionou fazer parte desta pesquisa.

À Daniele Porto, que fez parte dessa construção, companheira sempre.

À toda minha família, pela presença constante em minha vida.

À todas as amigas e companheiras de trabalho, que dividiram as angústias, incertezas, cansaço, e agora a alegria da conclusão.

À todos os profissionais de saúde que participaram desta pesquisa, possibilitando muitas reflexões e a sua execução.

Muito obrigada pela presença de todos em minha vida!!!

**“Ainda que eu fale as línguas dos homens e dos anjos,
se eu não tenho o amor,
sou como sino ruidoso ou como címbalo estridente.
Ainda que eu tenha o dom da profecia,
o conhecimento de todos os mistérios e de toda a ciência,
ainda que eu tenha toda a fé,
a ponto de mover montanhas,
se eu não tenho o amor, eu nada sou”
(1 Coríntios 13,1-2)**

Lecca CGG. Implantação e avaliação de um programa educativo conforme diretrizes da política nacional de educação permanente em saúde. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução O objeto deste estudo é a Educação Permanente em Saúde, com foco na avaliação de um programa educativo pautado nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em continuidade à pesquisa principal que avaliou as necessidades de aprendizagem e construiu, coletivamente, um programa educativo. A realização e a avaliação deste programa foram realizadas no presente estudo, com os **Objetivos** de Descrever a realização do programa “Refletindo sobre a prática da comunicação no ambiente de trabalho”; Avaliar a satisfação dos participantes deste programa; Conhecer a percepção de impacto dos participantes com relação a este programa e Verificar a existência de relação entre as variáveis das avaliações com as variáveis sócio- demográficas e com os grupos. **Método** Estudo desenvolvido por meio da pesquisa-ação, com abordagens quantitativa e qualitativa, em quatro unidades de saúde do município de Sorocaba/São Paulo; houve participação de 125 trabalhadores da área da saúde, dentre aqueles que integraram as oficinas, estratégia central adotada para execução programa, que responderam a dois instrumentos tipo Likert, a Avaliação de Satisfação e a Avaliação de Percepção de Impacto, aplicados após a realização das oficinas de trabalho. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial e a descrição das oficinas foi feita em forma de narrativas. **Resultados** Durante as oficinas, os participantes se expressaram espontaneamente e pactuaram acordos visando à superação dos problemas identificados. Ao Final, sentiram-se satisfeitos e perceberam que houve impacto no trabalho após sua realização. **Conclusões** O cumprimento e a repactuação dos acordos geraram o movimento necessário para transformar o processo de trabalho, melhorar a comunicação e as práticas assistenciais. A realização e a avaliação do programa educativo incitaram importantes reflexões sobre o cotidiano do trabalho, pois partiu de problemas reais da prática, na perspectiva da aprendizagem significativa e dos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Palavras-chave: Educação em saúde. Programa educativo. Comunicação em saúde. Pesquisa-ação. Profissionais da saúde. Enfermagem.

Lecca CGG. Implementation and evaluation of an educational program according to guidelines of the national policy of permanent education in health. [dissertation] São Paulo: Brasil. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Introduction: The objective of the present study is the Permanent Education in Health, focusing on the evaluation of an educational program based on the National Policy on Continuing Education in Health. The main research evaluated the learning needs and constructed, collectively, an educational program. The program was carried out and evaluated in the present study, with the **objectives** of Describing the implementation of the program "Reflecting on the practice of communication in the workplace"; Evaluate the satisfaction of participants in this program; To **know** the perception of the impact of the participants in relation to this program and to verify the existence of a relationship between the variables of the evaluations with the socio-demographic variables and with the groups. **Method:** A study developed through action research, with quantitative and qualitative approaches, in four health units in the city of Sorocaba / São Paulo; 125 health workers participated, among those who joined the workshops, a central strategy adopted to implement the program, which responded to two Likert-type instruments, the Satisfaction Assessment and the Impact Perception Assessment, applied after the Workshops. The data were analyzed by means of descriptive and inferential statistics and the description of the workshops was done in the form of narratives. **Results:** During the workshops, participants expressed themselves spontaneously and agreed on agreements to overcome identified problems. At the end, they felt satisfied and realized that there was an impact on the work after its completion. **Conclusions:** Compliance and renegotiation of the agreements generated the necessary movement to transform the work process, improve communication and assistance practices. The realization and evaluation of the educational program stimulated important reflections on the daily work, since it started from real problems of practice, from the perspective of meaningful learning and the assumptions of the National Policy of Permanent Education in Health.

Keywords: Health education. Educational program. Communication in health. Action research. Health professionals. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo conceitual de Impacto do treinamento no trabalho e construtos correlatos	33
Figura 2: Sistema TD&E (Adaptado de Borges-Andrade, 2006.p. 344).....	35
Figura 3: Modelo de avaliação integrado e somativo	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Descrição do Programa “Refletindo a prática da comunicação no ambiente de trabalho.” Sorocaba, 2016.....	44
Quadro 2: Participantes e duração das primeiras oficinas (USF A), Sorocaba, 2016	51
Quadro 3: Resultado dos acordos firmados e seu cumprimento, USF A. Sorocaba/SP-2016.....	66
Quadro 4: Resultado dos acordos firmados e seu cumprimento, USF B. Sorocaba/SP-2016.....	72
Quadro 5: Resultado dos acordos firmados e seu cumprimento, UBS A. Sorocaba/SP-2016.....	76
Quadro 6: Resultado dos acordos firmados e seu cumprimento, UBS B. Sorocaba/SP-2016.....	81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Idade dos participantes. Sorocaba, 2016.....	83
Gráfico 2: Formação dos profissionais. Sorocaba, 2016.....	83
Gráfico 3: Tempo na unidade e tempo na função. Sorocaba ,2016	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos participantes por oficina, Sorocaba, 2016	84
Tabela 2: Avaliação de Satisfação, Sorocaba 2016	86
Tabela 3: Percepção de Impacto. Sorocaba, 2016.....	89
Tabela 4: Resultados da comparação para os itens de Satisfação em função da participação nas oficinas 1 e 2. Sorocaba, 2016	90
Tabela 5: Resultados da comparação para os itens de percepção de impacto em função da participação nas oficinas 1 e 2. Sorocaba, 2016	91
Tabela 6: Comparação com variáveis da amostra e satisfação. Sorocaba, 2016	92
Tabela 7: Comparação com variáveis da amostra e percepção de impacto. Sorocaba, 2016.....	93
Tabela 8: Correlação entre Satisfação e Percepção de Impacto (n = 125).....	95

LISTA DE SIGLAS

ACS	☐ Agente Comunitário de Saúde
CEP	☐ Comitê de Ética em Pesquisa
CHA	☐ Conhecimentos, Habilidades e Atitudes
CNPq	☐ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
EC	☐ Educação Continuada
EEUSP	☐ Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EP	☐ Educação Permanente
EPS	☐ Educação Permanente em Saúde
ESF	☐ Estratégia de Saúde da Família
MAIS	☐ Modelo de Avaliação Integrado e Somativo
MS	☐ Ministério da Saúde
NASF	☐ Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPAGES	☐ Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre os Aspectos Psicossociais do Ensino e do Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde
OMS	☐ Organização Mundial de Saúde
OPAS	☐ Organização Pan-americana da Saúde
PNEPS	☐ Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RAS	☐ Redes de Atenção à Saúde

RH	☐ Recursos Humanos
RHS	☐ Recursos Humanos em Saúde
SAMU	☐ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	☐ Secretaria Municipal da Saúde
SUS	☐ Sistema Único de Saúde
UBS	☐ Unidade Básica de Saúde
TAS	☐ Teoria da Aprendizagem Significativa
TCLE	☐ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD&E	☐ Treinamento Desenvolvimento e Educação
UPA	☐ Unidade de Pronto Atendimento
UPH	☐ Unidade Pré-Hospitalar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	AS PESQUISAS REALIZADAS	18
2	OBJETIVOS	21
3	POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	23
4	REFERENCIAL TEÓRICO	28
4.1	TEORIA DA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA	29
4.2	MODELOS DE AVALIAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS NO TRABALHO.....	32
5	METODOLOGIA	39
5.1	TIPO DE PESQUISA	40
5.2	LOCAL DO ESTUDO	41
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	41
5.4	COLETA DE DADOS.....	41
5.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	44
5.6	ANÁLISE DE DADOS	45
6	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	47
7	RESULTADOS	49
7.1	PROGRAMA EDUCATIVO “REFLETINDO A PRÁTICA DA COMUNICAÇÃO NO AMBIENTE DE TRABALHO”	50
7.2	AVALIAÇÃO DO PROGRAMA EDUCATIVO “REFLETINDO A PRÁTICA DA COMUNICAÇÃO NO AMBIENTE DE TRABALHO	82
8	DISCUSSÃO	98
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105

REFERÊNCIAS.....	108
-------------------------	------------

APÊNDICES	113
------------------------	------------

APÊNDICE A – AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO.....	114
---	-----

APÊNDICE B – AVALIAÇÃO DE IMPACTO	116
---	-----

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	118
---	-----

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	119
---	-----

ANEXO.....	120
-------------------	------------

ANEXO 1 – PLANEJAMENTO PARA AÇÃO EDUCATIVA.....	121
---	-----

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O objeto do presente estudo é a Educação Permanente em Saúde (EPS) com foco na avaliação de um programa educativo pautado nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Este estudo é continuidade da pesquisa “Educação Permanente em Saúde: de diretriz política a uma prática possível”, que obteve apoio financeiro do CNPQ, edital Educação Permanente em Saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS) e dimensionamento da força de trabalho em saúde, sob o Termo de outorga 401460/2013-4.

A pesquisa principal objetivou a construção coletiva, aplicação e avaliação de um programa educativo. Com o mesmo título, foi defendida a tese de doutorado (Zinn, 2015), que desenvolveu, de modo participativo, a avaliação de necessidades de aprendizagem, que resultou em temas prioritários para construção do programa educativo, sendo que a implementação e avaliação serão realizadas no presente estudo.

Minha inclusão no Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre os Aspectos Psicossociais do Ensino e do Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde (NEPAGES) e no estudo se deu pelo convite da pesquisadora Gabriela Rodrigues Zinn para participar como observadora dos encontros do grupo focal que aconteceram em sua pesquisa. Assim, fui me interessando pelo tema e pelos resultados que a pesquisa vinha produzindo.

Em meu percurso profissional, sempre apresentei como característica, o interesse e o envolvimento com a educação. Enquanto enfermeira assistencial, praticava ações educativas, diariamente, com a equipe de trabalho, pacientes e familiares, e questionava constantemente o processo de produção do cuidado em saúde. Atualmente, enquanto docente de uma universidade privada do interior paulista, discuto com os estudantes o que é a Educação Permanente em Saúde (EPS), como e quando desenvolvê-la, mesmo não sendo parte do currículo de formação. Então, ao surgir a oportunidade de participar dessa pesquisa, aceitei o desafio de dar continuidade ao trabalho iniciado com maestria e excelência.

A EPS deve acontecer no local de trabalho, no cotidiano da equipe de saúde, gerando um momento de reflexão e escuta, de troca de informações e tomada de decisão, compartilhando o poder e viabilizando a aprendizagem no trabalho (Santos, 2012).

Compreendo a EPS como instrumento para desenvolver o empoderamento dos envolvidos no trabalho vivo do sistema de saúde para que, “a partir de reflexões e discussões coletivas, tenham a oportunidade de atuar em um movimento espiral ascendente de qualificação, conscientização e responsabilização do seu papel nesse sistema” (Zinn, 2015. p.21). Isso é um desafio!

Desafio porque, embora tenha havido uma evolução nas técnicas de ensino, como a simulação realística que muitos hospitais já adotaram, o que se observa, ainda hoje, na maioria das instituições de saúde, são treinamentos mais formais com enfoque técnico de programas pautados em necessidades identificadas em questionários padrão e referências das chefias e cujo desenvolvimento ocorre por meio de estratégias pouco participativas.

Nas instituições de saúde, a equipe de enfermagem constitui o maior contingente de trabalhadores (cerca de 60%), então, a capacitação e formação efetiva desses profissionais está diretamente relacionada às boas práticas assistenciais. O conhecimento e a tecnologia são renovados rapidamente na área da saúde, porém os profissionais não se atualizam no mesmo ritmo (Bastos, Ciampone, Mira; 2013).

Esse panorama contribui para melhoria das atividades técnicas, que são, indiscutivelmente, muito importantes, mas a EPS propõe um avanço para além disso e que dificilmente será alcançado dessa forma.

Segundo Ceccim (2004), quando se fala de formação, considera-se que os trabalhadores podem ser administrados da mesma maneira que recursos materiais, financeiros ou estruturais, ou seja, como se fosse possível determinar previamente habilidades, comportamentos e perfis desejáveis para melhorar seu desempenho.

A EPS busca refletir os conceitos estruturantes da Promoção à Saúde, como a autonomia, a resiliência, o empoderamento e as necessidades em saúde, em serviço, para desenvolver essa equipe de trabalho e preparar para o trabalho em equipe, transformando os processos de trabalho e aprimorando a assistência.

Toda ação em saúde tem como finalidade o ato de cuidar. Para que isso aconteça, são necessárias tecnologias de trabalho - conjunto de conhecimentos e atitudes - como máquinas e instrumentos, recursos teóricos e técnicos, mas também as experiências e ações de cada profissional de saúde, no seu trabalho vivo, em ato. O trabalho em saúde é intercessor, relacional, criativo e sempre culmina no encontro com a realidade (Brito, 2005).

Pensando nisso, é que a pesquisa principal de Zinn (2015), bem como o presente estudo, propuseram-se a desenvolver todo o processo ensino-aprendizagem, com planejamento coletivo desde a avaliação de necessidades de aprendizagem até a avaliação do programa desenvolvido.

A finalidade deste estudo, portanto, é reiterar a viabilidade de desenvolvimento da EPS no cotidiano de trabalho, tentando responder às perguntas:

→ Os participantes ficaram satisfeitos com o programa desenvolvido?

→ Os profissionais perceberam impacto do programa no trabalho?

Em vista disso, o estudo poderá contribuir para construir, coletivamente, novas práticas e saberes e uma reflexão acerca da construção de ações educativas pautadas nas necessidades de educação dos trabalhadores e em suas condições de trabalho.

1.1 AS PESQUISAS REALIZADAS

A pesquisa “Educação permanente em saúde: de diretriz política a uma prática possível” foi desenvolvida para atender a um chamado do Ministério da Saúde para que se identificasse como estava a PNEPS no cotidiano de trabalho. A construção da EP é uma prática constitutiva do trabalho em suas dimensões política, de organização/gestão e da assistência/cuidado. Os objetivos foram conhecer o processo de educação permanente em saúde no município de Sorocaba, na perspectiva dos profissionais; construir um plano de ações para avaliação de necessidades educativas, na perspectiva da educação permanente em saúde e

planejar uma intervenção educativa, a partir da avaliação de necessidades educacionais (Zinn, 2015).

Para a realização desta etapa da pesquisa, foi adotada a pesquisa-ação, uma pesquisa social de cunho qualitativo, que converge com os pressupostos da EPS. A primeira etapa do estudo para conhecer o processo de EPS no município, foi composta de 17 entrevistas, baseada em questões norteadoras, com sete gestores e dez profissionais de saúde, incluindo médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que atuam nos serviços de saúde do município; os relatos foram submetidos à análise de discurso do sujeito coletivo. A segunda etapa, de avaliação das necessidades educacionais foi desenvolvida a partir de cinco encontros de grupo focal que tiveram a participação de seis técnicos de enfermagem e cinco enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde do município. A terceira fase foi a elaboração de um programa educativo construído a partir dos resultados do grupo focal, coletivamente.

Os principais resultados desta etapa da pesquisa apontam que, a percepção de EPS diverge entre gestores e trabalhadores. No município acontece um movimento de EP, embora não reconhecido pelos profissionais. O cenário político e administrativo, no momento em que esta etapa da pesquisa aconteceu, era favorável à sua ampliação. Existem desafios para a consecução da educação permanente, sendo necessária a superação de paradigmas contraditórios de educação e de mobilizar potências nos profissionais envolvidos. A avaliação das necessidades educativas foi realizada pelos participantes do grupo focal, e baseado nas premissas da EP, que considera o cotidiano de trabalho e seus participantes como fonte viva de informações. A ação educativa foi elaborada pelos integrantes do grupo focal, que identificaram como prioridade, o tema a Comunicação prejudicada no ambiente de trabalho. O grupo considerou esta temática potencialmente capaz de melhorar as relações no cotidiano de trabalho, envolvendo a equipe multiprofissional.

A EP tem acontecido no campo estudado de maneira informal, e encontra na gestão espaço para acontecer. Para efetivar esta prática, é necessário avançar nos movimentos de valorização e sensibilização dos profissionais, para legitimar o espaço de trabalho como um espaço de educação permanente.

Este trabalho teve continuidade com a implantação da ação educativa proposta, e sua posterior avaliação na pesquisa descrita.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

- ➡ Descrever a realização do programa de EPS “Refletindo a prática da comunicação no ambiente de trabalho”;
- ➡ Avaliar a satisfação dos participantes deste programa;
- ➡ Conhecer a percepção de impacto dos participantes com relação a este programa;
- ➡ Verificar a existência de relação entre as variáveis das avaliações com as variáveis sócio-demográficas e com os grupos.

3 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

3 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Os recursos humanos em saúde, como afirmam Medeiros et al. (2005), são caracterizados por graves insuficiências qualitativas. No setor saúde, essa preocupação não é nova e pode ser considerado um nó crítico no sistema de saúde do país.

A situação dos recursos humanos em saúde varia entre os países da Região das Américas, mas há problemas de natureza semelhante em todos eles, como os desequilíbrios na disponibilidade, na composição e na distribuição da força de trabalho, combinados com a deterioração das condições de trabalho, a precariedade dos sistemas de incentivo e a falta de estratégias adequadas de educação permanente dos trabalhadores (Brasil, 2004).

Desse modo, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) afirma que a EPS é uma importante ferramenta para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que seus princípios são marcados, dentre outros, pela reflexão da ação e pelo trabalho em equipe, capazes de promover a transformação da realidade.

Segundo Brasil (2014), a PNEPS deve considerar: as diferenças das secretarias e unidades descentralizadas do MS nos estados, as políticas que são prioridades para o SUS, os objetivos do MS e a necessidade de rever os processos de trabalho, as necessidades de desenvolvimento e formação para o trabalho em saúde e a capacidade de ações formais de educação em saúde.

A EPS tem origem em discussões que acontecem desde 1980 pela OPAS para o desenvolvimento dos Recursos Humanos em Saúde (RHS). Em 2004 no Brasil, foi criada a PNEPS (Portaria GM/MS nº 198/04); em 2006, essa política foi revogada para, em 2007, promulgada a Portaria GM/MS nº 1996, atualizada pela Portaria GM/MS nº 278/ 2014, que dispõe sobre as diretrizes para a aplicação da PNEPS e traz novas estratégias para sua implementação. Para a organização do mundo do trabalho, é imprescindível a articulação Ensino, Gestão e Sistema de Saúde (Brasil, 2007).

A PNEPS nos traz que:

“Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde; Considerando que a Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva;” (PORTARIA Nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004, p.1).

A EPS é considerada como um enfoque educacional apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipe e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais (Brasil, 2009).

“A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos, a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho”. (PORTARIA Nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004, anexo II, p.6).

A implantação da PNEPS envolve, então, a identificação e avaliação das necessidades locais de aprendizagem, sua execução e avaliação, sobretudo, no que se refere ao impacto no trabalho.

As instituições de saúde vêm adotando o termo educação permanente, porém mantém as práticas tradicionais de treinamento, focadas nos modelos tradicionais, sem se basear nas premissas da PNEPS. Para além dessas práticas, é necessário reconstruir os conceitos e as atitudes (Mira, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera alguns sistemas de saúde pouco responsivos, não equitativos e pouco seguros, recomendando atenção especial para a força de trabalho do setor saúde como um dos fatores-chave para

a melhoria destes sistemas. A afirmação baseia-se no fato de que, apesar dos ganhos tecnológicos e mesmo das mudanças na forma de trabalho, o cuidado à saúde é fortemente dependente do trabalho humano (WHO, 2006).

A imaturidade e fragilidade em relação ao fazer EPS e ao desenvolvimento de RHS foi pauta da 7ª Reunião Regional dos países da América Latina e Caribe, ocorrida em 2005, em Toronto-Canadá, na qual ocorreram discussões do cenário global relacionado aos RHS, buscando direcionar estratégias e políticas para enfrentar os desafios da próxima década. O documento gerado pela reunião aponta que a melhora e o desenvolvimento dos RHS estão relacionados ao incremento de uma educação interprofissional que favoreça o trabalho em equipe. A EPS vai ao encontro dessa necessidade, já que orienta o desenvolvimento dos RHS em serviço, articulando a gestão, trabalhadores, usuários e a formação profissional (Tronchin et al, 2009).

As diretrizes da PNEPS no documento de 2014 são:

- I. Valorizar o trabalhador e o trabalho em saúde no MS na perspectiva da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS;
- II. Fomentar práticas educacionais em espaços coletivos de trabalho, fortalecendo o trabalho em equipes multiprofissionais;
- III. Promover a aprendizagem significativa por meio da adoção de metodologias ativas e críticas, favorecendo a autonomia e a corresponsabilização dos processos de trabalho do MS;
- IV. Articular a Educação Permanente em Saúde e a gestão de pessoas por competências para a organização das ações de educação no MS; e
- V. Fortalecer a gestão da Educação Permanente em Saúde de forma compartilhada e participativa no âmbito do MS.” (Brasil, 2014,p.9)

A agenda de 2014 do MS para a EPS foi construída, seguindo os pressupostos da política, considerando as particularidades regionais, sendo construída pelos profissionais coletivamente e regionalmente. As atividades educativas devem acontecer nos espaços de trabalho das equipes multiprofissionais, com estratégias e ações regionalizadas e de responsabilidade das áreas de educação descentralizadas do MS nos estados (Brasil, 2014).

Desse modo, é indispensável que sejam conhecidos os resultados da EPS em todo o processo educativo, verificando a aplicação no trabalho, de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) adquiridos ou desenvolvidos em ações educativas, bem como mudanças efetivas ocorridas para o cuidado em saúde prestado à população.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para sustentação dos dados empíricos da pesquisa, serão utilizadas a Teoria da Aprendizagem Significativa (TAS), que é congruente à EPS, ao programa educativo em estudo e ao modelo de avaliação proposta por Borges e Abbad.

O MS tem como referência para o desenvolvimento dos trabalhadores a EP, já que ela se interliga aos princípios e diretrizes do SUS, integralidade e construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A EPS possibilita a transformação das práticas profissionais, partindo dos pressupostos da aprendizagem coletiva e significativa, pois atribuem novo significado ao processo de trabalho, que o vincula à aprendizagem no trabalho. O aprender e o ensinar se incorporam aos processos de trabalho, que aproximam o aprendiz, as práticas cotidianas e a realidade dos trabalhadores, configurando-se a aprendizagem dos trabalhadores no espaço da gestão do SUS (Brasil, 2014).

O cuidado em saúde não se resume a técnicas e procedimentos, envolve encontros e relações - trabalho relacional - pois depende das relações estabelecidas entre os envolvidos. É o trabalho vivo em ato e tem o seu conhecimento embasado no conhecimento técnico e científico, e construído coletivamente, no ambiente de trabalho (EPS em movimento, 2014a).

Quando analisamos o mundo do trabalho, e principalmente, o trabalho em saúde, reconhecemos a centralidade do trabalho humano e o seu caráter subjetivo. O campo da saúde é multi e interdisciplinar, que compreende atividades de produção e de serviços, desde a indústria de equipamentos até a prestação de serviço de saúde ao usuário, nos diferentes níveis de atendimento, e também na produção de conhecimento e informação. O foco principal deste trabalho são pessoas, sendo pautado no contato humano e nas relações entre elas (Martins, 2004).

4.1 TEORIA DA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA

Na EPS, o profissional não recebe apenas conhecimento pronto. A partir da prática e das necessidades dos diversos encontros ocorridos no cotidiano de

trabalho, que o desafiam a encontrar novas soluções a situações diferentes do protocolo, desenvolvendo o saber fazer, novos conhecimentos são construídos coletivamente (EPS em movimento, 2014a).

Neste estudo, adotamos a TAS segundo David Ausubel, que nos mostra que os mecanismos para aprender são mais eficientes quando o aprendiz consegue incorporar e agregar novos saberes a conhecimentos prévios. Esse caminho para o aprender a aprender contextualiza os conhecimentos, resultando em um aprendizado mais efetivo, permitindo o trabalho em um contexto complexo e interdisciplinar (Gomes et al, 2008). É importante utilizar metodologias de aprendizado e crescimento que sejam harmônicos, coerentes com a realidade vivida e sustentáveis.

Na aprendizagem significativa, ocorre uma modificação de conhecimento, em que são essenciais os processos mentais. Para haver a aprendizagem significativa são necessárias a disposição do aprendiz em aprender e o conteúdo a ser aprendido tem que ser potencialmente significativo, lógica e psicologicamente significativo. O significado lógico depende da natureza do conteúdo a ser aprendido, e o significado psicológico depende da experiência de cada aprendiz, que faz a seleção dos conteúdos que têm significado ou não para si. Ausubel considera que os aprendizes possuem uma organização interna baseada em conceitos, sendo que a complexidade dessa organização depende muito mais das relações que esses conceitos têm entre si do que do número de conceitos existentes. Então a estrutura cognitiva é compreendida como uma rede de conceitos organizada hierarquicamente (Pelizzari et al, 2002).

A aprendizagem significativa para Ausubel, citado em Moreira, Caballero, Rodriguez (1997), é o processo pelo qual uma nova informação se relaciona a essa estrutura cognitiva do aprendiz. É por meio deste mecanismo humano que se torna possível adquirir e armazenar ideias e informações representadas em qualquer campo de conhecimento.

No serviço e na equipe de trabalho, também é necessário o fortalecimento da comunicação para a transformação, reconstrução e crescimento, fazendo a interação do conhecimento prévio com o novo. E ainda segundo a teoria de Ausubel, a aprendizagem significativa requer que o material de aprendizagem seja

significativo e que o aprendiz esteja disposto a relacionar o novo ao antigo, de modo não arbitrário e substantivo. Para aprender de modo significativo, o aprendiz precisa estar disposto à relacionar novo conteúdo ao prévio, de maneira não literal e não-arbitrária (Moreira, Caballero, Rodriguez; 1997).

Segundo Pelizzari (2002), Ausubel define dois tipos de aprendizagem: a aprendizagem significativa, adquirida por *descoberta* e a aprendizagem memorística, adquirida pela recepção - receptiva. Quanto maior for a aproximação do novo conhecimento ao conhecimento prévio, maior é a proximidade com a aprendizagem significativa.

Para Ausubel, as características básicas da aprendizagem significativa são a não arbitrariedade e a substantividade, em que uma nova informação se relaciona de maneira não arbitrária e substantiva ao conhecimento do aprendiz. Em outras palavras, o processo de aprendizagem capta a nova informação interagindo com um conhecimento prévio significativo do aprendiz. Desta interação, o conhecimento prévio se modifica pela obtenção de novos significados. A não arbitrariedade significa que o novo conhecimento se relaciona com conhecimentos relevantes que o aprendiz já possui. A substantividade significa que o que é incorporado ao conhecimento do aprendiz é a substância das novas ideias, e não as palavras no sentido literal. (Moreira, Caballero, Rodriguez; 1997).

Os mesmos autores, resgatam que na teoria de Ausubel, esses conhecimentos prévios recebem o nome de subsunçores, e tem papel de “matriz ideacional e organizacional para a incorporação, compreensão e fixação de novos conhecimentos quando estes “se ancoram em conhecimentos especificamente relevantes da estrutura cognitiva do aprendiz” (Moreira, Caballero, Rodriguez; 1997. p.20).

Para que a aprendizagem acontece de forma efetiva, é necessário aliar três fatores: o conteúdo a ser ensinado, a estratégia a ser adotada para ensinar e o momento ideal para essa construção. Mas é fundamental a estrutura de subsunçores do aprendiz para tornar viável o processo de aprendizagem, aliando um novo conhecimento ao antigo (Pelizzari et al, 2002). Podemos afirmar que a aprendizagem é contínua, dinâmica, gradativa, global e fundamental para a vida (Distler, 2015).

“Fica, então, claro que na perspectiva ausubeliana, o conhecimento prévio (a estrutura cognitiva do aprendiz) é a variável crucial para a aprendizagem significativa” (Moreira, Caballero, Rodriguez; 1997. p.20).

O conhecimento é construído a partir da interação sujeito-objeto, quando essa interação deixa de acontecer, no momento em que não se relaciona o conhecimento antigo com o novo, é que ocorre a aprendizagem mecânica (Gomes et al, 2008).

Ao longo da história, os seres humanos constroem modelos de realidade, com o objetivo de interagir com ela. Dessa forma, detemos uma gama de conhecimentos, que servem de acervo às próximas gerações, favorecendo a aplicação deste conhecimento em pesquisas, reflexões e inovações, que permitem à sociedade aumentar sua qualidade de vida (Distler, 2015). Essas construções possibilitam melhorias no trabalho, na saúde, levam ao empoderamento do ser humano.

Esse empoderamento e as estratégias de ensino aprendizagem precisam ser entendidas como processos de crescimento do ser humano e de seu trabalho. Para sabermos se os objetivos desses processos são alcançados, há a necessidade de avaliarmos as mudanças que efetivamente transformaram o conhecimento e a realidade. Então, neste estudo, utilizaremos, como fundamentos para avaliação, modelos propostos por Borges-Andrade e Abbad, que se derivam, em sua concepção teórica, da TAS.

4.2 MODELOS DE AVALIAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS NO TRABALHO

A aprendizagem humana acontece de várias maneiras, pois nem todas as situações que geram aprendizado são momentos formais e tradicionais de treinamento (Borges-Andrade; Abbad; Mourão, 2006).

Segundo Borges-Andrade, Abbad e Mourão (2006), a aprendizagem é a mudança que ocorre no comportamento do indivíduo e depende da sua interação com o meio externo, induzidas por programas de treinamento.

Ainda segundo esses autores, podemos classificar a aprendizagem em dois tipos: a aprendizagem natural e a aprendizagem induzida. A primeira acontece através do contato diário com materiais, informações e a interação entre as pessoas no ambiente de trabalho. Essa aprendizagem acontece sem sistematização e depende do interesse dos profissionais e está muito presente em movimentos de EP. Já a segunda acontece de forma estruturada e sistematizada, induzida pela organização de trabalho, com o objetivo de acelerar as modificações de comportamento no trabalho.

Para fazer a análise proposta neste trabalho, resgatamos conceitos importantes na área da Psicologia Social e do Trabalho, cujos pesquisadores afirmam ainda não haver consenso na conceituação dos termos, e assim, o denominam Treinamento, Desenvolvimento e Educação (TD&E), e, embora, utilizem, genericamente, o termo treinamento para as ações instrucionais e educativas não assumem este termo como uma ação prescritiva baseada no saber técnico, restrita aos domínios cognitivo e psicomotor.

A figura 1 (Pilati; Abbad, 2005) esquematiza conceitos que se inter-relacionam e são organizados hierarquicamente.

Figura 1: Modelo conceitual de Impacto do treinamento no trabalho e construtos correlatos

Fonte: Pilati e Abbad, 2005.p. 44.

- **Aquisição** é o processo básico de apreensão de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA), sendo o resultado central e imediato do treinamento no indivíduo, sendo condição para a ocorrência dos demais processos da figura 1. Essa aquisição pode ser induzida pelas situações de aprendizagem geradas pelo treinamento;
- **Retenção** do conhecimento depende da memorização do que foi adquirido, portanto, diz respeito ao armazenamento das informações adquiridas inicialmente na memória de curto prazo e posterior armazenamento na memória de longo prazo. Esses conhecimentos armazenados na memória podem ser recuperados a qualquer momento, desde que ocorra a estimulação adequada;

Em analogia à TAS, quer dizer, atingir os subsunçores.

- **Generalização** é uma condição necessária ao uso dos conceitos aprendidos durante o treinamento no trabalho, mesmo quando as condições reais da rotina de trabalho diferem das situações de treinamento;
- **Transferência de aprendizagem** é a aplicação no trabalho dos CHA adquiridos em um treinamento, processo de interesse dos modelos de avaliação de treinamento. Segundo Pilati e Abbad (2005), nomeado de *impacto em profundidade*. Um sinal importante que demonstre que o treinamento produziu efeitos positivos de mudança no trabalho é a identificação de melhorias relevantes no resultado do trabalho executado e em seus processos, atitudes e motivação do profissional. Os treinamentos ensinam novos CHA, novas formas de realizar tarefas antigas, ações inteligentes e eficazes do novo conhecimento em situações diferentes às do treinamento;
- **Impacto do treinamento no trabalho** remete aos efeitos dos treinamentos em longo prazo na execução do trabalho real, não delimitados à atuação técnica, mas também, efeitos na motivação e nas atitudes relacionadas ao trabalho. Esse conceito é nomeado como *impacto em amplitude*.

Esses conceitos formam um processo dependente de múltiplas variáveis, e não tem causalidade definida entre eles.

Para Borges-Andrade (1982 apud Tamoyo e Abbad, 2006) TD&E é um sistema composto por: avaliação de necessidades, planejamento e avaliação.

Figura 2: Sistema TD&E (Adaptado de Borges-Andrade, 2006.p. 344)

Fonte: Borges-Andrade, 2006.

Os três subsistemas são integrados, mantendo um fluxo constante de informações entre eles, sendo a avaliação responsável pela retroalimentação e pelo aperfeiçoamento do sistema (Borges- Andrade, 2006). A avaliação neste sistema inclui coleta de dados e analisa esses dados, emitindo um juízo de valor.

Para integrar esses elementos, Borges-Andrade (2006) construiu o Modelo de Avaliação Integrado e Somativo (MAIS), que contém oito componentes e subcomponentes, como exposto na figura abaixo: avaliação de necessidades, insumos, procedimentos, processos, resultados, suporte, disseminação e efeitos em longo prazo.

Figura 3: Modelo de avaliação integrado e somativo

Fonte: Borges-Andrade, 2006. P.344.

O MAIS foi baseado no modelo originalmente proposto por Kirckpatrick e modificado por Hamblin (Mira, 2010), que apresentam níveis hierárquicos de avaliação divididos em resultados imediatos e de longo prazo. Como resultados imediatos, temos a Avaliação da Reação, que mostra a opinião ou a satisfação dos participantes sobre o treinamento; e a Avaliação da Aprendizagem, que verifica a aquisição ou aumento de CHA. Como resultados de longo prazo, temos a Avaliação do Comportamento no cargo, que aprecia a utilização das competências aprendidas no trabalho; Avaliação da Organização, traduzida pelas mudanças organizacionais e a Avaliação do Valor Final, demonstrada por alterações na produção ou nos serviços prestados.

O modelo MAIS não ratifica a relação causal e hierárquica entre esses níveis e acrescenta variáveis individuais e do ambiente, incluindo o suporte à transferência, que se refere às condições organizacionais oferecidas para aplicação do apreendido na prática do trabalho.

Os estudos atuais têm grande interesse em saber se os treinamentos têm efeito sobre os profissionais que os recebem, de modo a modificar a prática de trabalho. Para Pilati e Abbad (2005), na área de TD&E é importante avaliar o efeito do treinamento em longo prazo, as habilidades, atitudes e capacidades modificadas pelo treinamento, identificar fatores facilitadores e restritivos do que foi aprendido,

e as condições necessárias para melhorar essas habilidades, atitudes e capacidades. “Em um sentido ideal, um treinamento deve ter efeito duradouro e também melhorar o nível de desempenho da pessoa treinada em atividades similares e em outras que requeiram o uso da nova habilidade, capacidade e/ou atitude” (p.45).

A avaliação de treinamentos é importante para verificar se os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, retroalimentar o processo para eventuais ajustes e modificações e verificar a efetividade do treinamento no cotidiano de trabalho, confirmando se a demanda inicial foi suprida, causando resultados sobre a prática e impacto na rotina de trabalho (Mira, 2010).

O estudo de Albertino e Sousa (2004) evidenciou que ao se utilizar a avaliação como processo do treinamento e desenvolvimento dos profissionais, houve um maior comprometimento com a reflexão sobre a prática e a melhoria dos processos de trabalho.

Tamoyo e Abbad (2006) concluem que é necessário para as organizações avaliar o suporte fornecido aos profissionais antes de submetê-los a treinamentos. Esses podem não ter impacto caso não haja uma aproximação com o contexto pós-treinamento.

Diante da diversidade de opções de avaliação, esta pesquisa avaliará, especificamente, a Satisfação e a Percepção de Impacto, assumindo as definições:

- Avaliação de Satisfação verifica as opiniões dos participantes relativas ao treinamento, no que tange à estrutura, instalações, condução do evento e materiais, aplicabilidade, utilidade e os resultados do treinamento (Abbad, Gama, Borges-Andrade, 2000). Aplicada imediatamente após o término da ação educativa, pode facilitar o preenchimento, ampliando a análise, no entanto, pode ser prejudicada pelo cansaço (Mira, 2010).
- Avaliação de Impacto no trabalho mensura o efeito produzido, em longo prazo, nos desempenhos, motivações e atitudes dos participantes, refere-se, ainda o grau de transferência dos conteúdos aprendidos no treinamento, medido em termos de aplicação das competências no trabalho (Abbad, Pilati, Pantoja (2003). Podem ser verificados por indicadores de qualidade ou avaliação dos gestores.

Neste estudo, avaliamos a aplicação do conteúdo no trabalho, por meio da visão dos participantes do programa educativo - oficinas realizadas com as equipes de trabalho para pactuarem mudanças em rotinas relacionadas à comunicação - portanto, estamos falando de impacto auto-referido ou Percepção de Impacto.

5 METODOLOGIA

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE PESQUISA

Estudo desenvolvido por meio da pesquisa-ação, que proporciona uma reflexão coletiva a respeito do objeto e contexto do estudo, levando à proposição de ações que solucionem os problemas analisados durante a pesquisa. Este método das pesquisas em Ciências Sociais, tal como a PNEPS, pressupõe um trabalho colaborativo visando à transformação da realidade. Com isso, e pela interação entre sujeitos e pesquisadores, ocorre uma ampliação da compreensão do contexto vivido a ser reconstruído.

Segundo Thiollent (1986) a pesquisa-ação é uma modalidade de pesquisa social, criada e realizada em associação a uma ação ou a solução de um problema coletivo, em que os pesquisadores e os participantes estão trabalhando de modo cooperativo ou participativo. Essa metodologia, também, é discutida em áreas de atuação técnico organizativa, com o compromisso reformador e participativo. Existe uma grande diversidade entre as propostas possíveis nesta modalidade, como de caráter militante, informativas e conscientizadoras das áreas educacional e de comunicação, “eficientizantes” da área organizacional e tecnológica.

Na pesquisa-ação, segundo Tripp (2005), utilizam-se técnicas validadas - que atendam aos critérios de uma pesquisa científica - para descrever a ação que se pretende melhorar na prática. McNiff, citado no mesmo artigo (p.449), acrescenta "que a pesquisa-ação implica tomar consciência dos princípios que nos conduzem em nosso trabalho: temos de ter clareza a respeito, tanto do que estamos fazendo, quanto do porquê o estamos fazendo".

Assim e em continuidade à pesquisa descrita anteriormente, este estudo adotou as abordagens qualitativa, referente à execução do programa educativo, apresentado na forma de narrativas e a quantitativa com desenho descritivo, relativa à avaliação do programa.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Sorocaba/SP, que conforme dados da prefeitura possui uma área de 449 km², sendo 55% de área urbana e 45% de área rural. Sua população, estimada em 2016, era de 652.481 habitantes. É o terceiro município mais populoso do interior paulista e o quarto mercado consumidor do Estado, fora da região metropolitana da capital.

Quanto aos equipamentos municipais de saúde conta com 31 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 14 dessas Unidades com Estratégia de Saúde da Família (ESF); quatro Unidades Pré Hospitalares (UPH); duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA); uma Unidade Ambulatorial chamada Policlínica e o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU).

O programa educativo foi aplicado em duas UBS e duas USF, que tiveram participação de profissionais no processo de construção do diagnóstico e programa educativo desenvolvido na pesquisa anterior.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram convidados a participar, os profissionais da saúde, enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, dentre outros, que integravam a equipe de trabalho das unidades, sendo, 78 profissionais da USF A, com quatro equipes; 78 da USF B, com cinco equipes; 14 da UBS A e 39 da UBS B, totalizando 204 profissionais. Destes, 125 participaram do estudo (61,3%).

5.4 COLETA DE DADOS

Após as devidas alterações ao programa anteriormente proposto, foi desenvolvido o programa educativo intitulado “Refletindo a prática da comunicação no ambiente de trabalho”.

As oficinas foram coordenadas pela pesquisadora deste estudo em parceria com a pesquisadora do estudo anterior. Em todas as oficinas, iniciamos com a

apresentação das pesquisadoras, contextualização da etapa da pesquisa (fase concluída e fase em execução). Foram feitas colocações em relação à PNEPS, como o fato de prever a educação em ato, em serviço, sendo importante a participação da equipe de trabalho neste processo.

Durante a pesquisa, a secretaria de saúde de Sorocaba passava por períodos de mudanças administrativas, como movimentos para o desenvolvimento das lideranças e coordenadores das unidades a fim de ampliar o olhar para a importância de mudança de atitude em relação ao modo como vinham trabalhando em suas unidades no que se referia a treinamento e educação em serviço. A pesquisa também aconteceu no período de epidemia de dengue na cidade, o que levou a diversas dificuldades para que as oficinas acontecessem, pois as unidades encontravam dificuldades para realizarem as reuniões, sendo o tempo disponibilizado, estritamente controlado.

O programa educativo foi desenvolvido em oficinas, com duração de uma hora cada, tempo permitido pelas coordenadoras das unidades, em datas e horários por elas estabelecidos. Os objetivos específicos e estratégias utilizadas são apresentados na seção de Resultados do estudo para facilitar a leitura e compreensão.

Na USF A, o programa foi realizado em três oficinas. A primeira oficina foi desenvolvida nos momentos de reuniões de equipe que acontecem semanalmente, contando com a presença dos profissionais de saúde do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). As demais oficinas aconteceram nos momentos de reunião de planejamento da unidade, contando com a presença da coordenadora, dos profissionais administrativos e profissionais de saúde. Os profissionais do NASF não participam destas reuniões por estarem em outras unidades de saúde.

Os resultados dessa Unidade estão apresentados por oficina, destacando-se já os pontos positivos, negativos e as sugestões dos participantes; que foram identificados como S, seguido do número correspondente à equipe que pertence, 1, 2, 3 e 4 e as pesquisadoras como P nas mediações realizadas durante a oficina.

A USF B possui cinco equipes de saúde, onde o programa foi realizado em duas oficinas. As oficinas aconteceram nos momentos de reunião de planejamento da unidade, contando com a presença dos profissionais de saúde, médicos,

enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), da coordenadora, dos profissionais administrativos e profissionais de saúde. A metodologia foi modificada em relação à aplicada na USF A, pois após a análise dos dados iniciais, identificamos a baixa adesão dos profissionais nas oficinas, por diferir a equipe que participa das reuniões de equipe de estratégia e a que participa das reuniões de planejamento (equipe na íntegra).

Nas UBS C e a UBSD o programa foi realizado em duas oficinas. As oficinas aconteceram nos momentos de reunião de planejamento da unidade, contando com a presença dos profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), da coordenadora, dos profissionais administrativos e profissionais de saúde.

Na pesquisa anterior, foi pensado um programa educativo (anexo 1) a ser desenvolvido em encontros grupais com os profissionais de saúde de uma regional dessa cidade, seguindo as premissas da PNEPS. Porém, para a sua implantação foram necessárias adaptações por diversas limitações das realidades dos locais, de acordo com as características e necessidades de cada unidade participante onde foi realizado o programa. Uma das limitações do estudo e causa da mudança no programa foi o tempo. No início, foi solicitado um tempo de oito horas que seriam divididas em quatro oficinas de duas horas, no entanto, o tempo possível das oficinas seria de uma hora, nos momentos de reuniões das equipes, que acontecem com periodicidade diferente em cada unidade trabalhada.

Apesar da prioridade do grupo ter sido a Comunicação, inicialmente ampliamos a temática, incluindo Liderança e Trabalho em equipe, pelo estreito vínculo entre esses três temas e, também, pelo fato de terem sido identificados e muito discutidos, problemas dessa natureza, que podem, dentre outros, ser procedentes de lapso na comunicação. Porém, durante as oficinas, em decorrência do limite de tempo, uma hora por oficina, não foi possível contemplar todos os temas. Esse foi um limitador da pesquisa.

Quadro 1: Descrição do Programa “Refletindo a prática da comunicação no ambiente de trabalho.” Sorocaba, 2016

Oficinas	Objetivos	Estratégias pedagógicas	Unidade e Datas
Primeira	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contextualizar os participantes sobre a PNEPS e a inserção da pesquisa e da equipe de saúde neste contexto; ✓ Assinar TCLE. ✓ Discutir os temas geradores da ação educativa: comunicação, liderança e trabalho em equipe; ✓ Construir acordos de mudanças. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação de casos com questões disparadoras para identificação e discussão de problemas. ✓ Registro da construção dos acordos assumidos pelas equipes. 	<ul style="list-style-type: none"> - USFA em Abril (divididas em quatro reuniões de equipe) e junho (equipe completa) de 2015* - USF B em Dezembro 2015 - UBS A Dezembro 2015 - UBS B Fevereiro 2016
Segunda	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar os resultados dos acordos propostos na Oficina 1, no ambiente de trabalho. ✓ Reconstruir os acordos de mudanças. ✓ Proceder às avaliações de satisfação e de impacto auto referido do programa educativo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discussão dos acordos assumidos na oficina 1. ✓ Ênfase na importância do movimento de construção realizado pelas equipes. 	<ul style="list-style-type: none"> - USF A Agosto 2015 - USF B Maio 2016 - UBS A Fevereiro 2016 - UBS B Junho 2016

* Na USFA foram realizadas três oficinas, a primeira com as quatro equipes de ESF separadas, e a segunda com todos os profissionais da unidade. As tarefas executadas nestas duas oficinas, equivalem à oficina 1 das demais unidades. As estratégias foram alteradas, seguindo as possibilidades de cada unidade e as premissas da PNEPS.

A coleta de dados para avaliação da satisfação e avaliação da projeção do impacto ocorreu após a realização do programa educativo, ao final da última oficina.

5.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para avaliação do programa, foram utilizados os seguintes instrumentos.

➤ *Instrumento de avaliação da satisfação - apêndice A*

O instrumento foi adaptado do instrumento validado por Mira (2010), que é uma escala tipo Likert, variando de discordo totalmente (0), discordo (1), nem

concordo, nem discordo (2), concordo (3) e concordo totalmente (4). Composto por 25 itens para avaliar a satisfação dos participantes em relação às oficinas, por variáveis tais como, conteúdo abordado; facilitador - pesquisador e interação. Foi aplicado imediatamente ao final da segunda oficina, e recolhido.

➤ *Instrumento de avaliação da percepção de impacto - apêndice B*

O instrumento foi adaptado de Bastos, Trench e Mira (2013), que se constitui de uma escala tipo Likert, variando de discordo totalmente (0), discordo (1), nem concordo, nem discordo (2), concordo (3) e concordo totalmente (4). Composto por 11 itens avaliativos da percepção de impacto dos participantes com relação à utilização do tema das oficinas, no seu cotidiano de trabalho. Foi aplicado imediatamente ao final da segunda oficina, e recolhido.

5.6 ANÁLISE DE DADOS

As oficinas foram gravadas em áudio e para exprimir os pontos mais relevantes das discussões, foram captados trechos dos comentários dos participantes. Como na própria oficina, os problemas eram discutidos e, a partir deles, traçados acordos com o grupo, não foi feita, pela pesquisadora, uma transcrição literal das gravações, visto que os resultados foram expressos nos quadros comparativos dos acordos assumidos na primeira oficina, rediscutidos e reacordados na segunda oficina.

Os dados das avaliações de satisfação e projeção de impacto foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial, para identificar existência de relações entre variáveis.

O número de respostas válidas por item variou entre 111 e 125 na escala de Satisfação e entre 122 e 125 na de Percepção de Impacto, esse número reduzido impossibilitou a realização da Análise Fatorial. Além disso, como não houve verificação de validade teórica das escalas, não foi possível calcular os escores.

Para verificar a ocorrência de diferenças significativas nas respostas dadas pelos participantes aos itens dos instrumentos de Satisfação e Percepção de Impacto, foram realizadas comparações de grupos por meio do teste Kruskal Wallis quando os grupos foram constituídos de três ou mais categorias. Para grupos com apenas duas categorias, foi utilizado o teste Mann-Whitney (U). Adotado significância de $p \leq 0,05$.

Realizada matriz de correlação entre os itens das duas escalas, Satisfação e Percepção de Impacto, analisadas pela magnitude, adotando os critérios abaixo de Dancey e Reidy (2013 p.187):

Magnitude	Diretamente proporcional	Inversamente proporcional
Perfeita	+1	-1
Forte	+0,7 a 0,9	-0,7 a -0,9
Moderada	+0,4 a 0,6	-0,4 a -0,6
Fraca	+0,1 a 0,3	-0,1 a -0,3

Quanto mais perto de 1 ou -1, maior é a relação de força entre as variáveis.

6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O trabalho foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, para pesquisa envolvendo seres humanos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, unidade proponente, sob o número de parecer 435.413, bem como autorizada sua realização pela Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba.

Os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, apêndices C e D.

7 RESULTADOS

7 RESULTADOS

7.1 PROGRAMA EDUCATIVO “REFLETINDO A PRÁTICA DA COMUNICAÇÃO NO AMBIENTE DE TRABALHO”

Descrevemos, a seguir, as oficinas, mostrando seus objetivos e metodologia. Também serão expostos trechos relevantes das manifestações dos participantes, e quadro que expressa os acordos definidos pelas equipes nas oficinas.

Programa Educativo USF A

O programa foi realizado em três oficinas, desenvolvidas uma no momento de reunião de equipe e duas em reunião de planejamento da unidade, contando com a presença da coordenadora, dos profissionais administrativos e profissionais de saúde.

USF-A Equipes 1, 2, 3 e 4

PRIMEIRA OFICINA

Objetivos

- ✓ Contextualizar os participantes sobre a PNEPS e a inserção da pesquisa e da equipe de saúde neste contexto;
- ✓ Assinar TCLE;
- ✓ Discutir os temas geradores da ação educativa: comunicação, liderança e trabalho em equipe.

Quadro 2: Participantes e duração das primeiras oficinas (USF A), Sorocaba, 2016

Equipe	Duração em minutos	Número de profissionais na equipe	Número de participantes	Ausências justificadas
1	65	8	3 (37,5%) (mais 2 residentes)	3 técnicos de enfermagem e 1 ACS por demanda no trabalho 1 médico em férias
2	65	9	4 (50,0%) (mais 2 residentes)	3 técnicos de enfermagem e 1 médico por demanda no trabalho 1 ACS em licença médica
3	70	9	6 (66,6%) (mais 5 residentes e 2 estagiárias de enfermagem)	3 técnicos de enfermagem por demanda no trabalho
4	80	11	4 (40,0%) (mais 3 residentes)	3 técnicos de enfermagem: 1 por demanda no trabalho; 1 por afastamento e 1 por remanejamento de unidade 4 ACS em visita domiciliar

Estratégia pedagógica - discussão de problemas

- Apresentação de uma cena problematizadora para estimular a reflexão sobre os temas na prática de trabalho, fazendo relações entre a cena lida e a realidade vivida diariamente pelas equipes;
- Construção do quadro de aspectos facilitadores, dificultadores e sugestões de ação relacionados à comunicação, liderança e trabalho em equipe.

No primeiro momento, propusemos a análise e discussão da cena descrita abaixo com as seguintes questões disparadoras.

- O que chama sua atenção nesta cena?
- Você já viveu coisas parecidas?
- Coloquem os pontos positivos, negativos e sugestões de ações.

“Mariana trabalha na recepção de uma unidade básica. Quarta-feira, indo para o trabalho, pisou em um buraco e torceu o pé. Viu estrelas. Chegou à unidade muito incomodada. Ao aproximar-se do balcão, olhando para os usuários aglomerados, pensou “Hoje não vou dar conta de aturar amolação”. E o dia da unidade começou muito tenso. Reclamação de todo lado. Brigas na fila. Gritos na sala de curativo.” (Fonte: EPS em movimento, 2014).

Após a leitura da cena e das questões disparadoras, o grupo se manifestou, identificando aspectos favoráveis, desfavoráveis e sugestões de ação:

O certo seria passar no médico e pedir afastamento, um documento para não ficar com falta. (S1)

O acidente deve ser notificado e a profissional encaminhada ao médico do trabalho. (S1)

Foi um acidente de trabalho, a profissional deve ser acolhida e encaminhada ao médico. A profissional deveria ter avisado que estava sem condições de trabalho, avisar o coordenador, ou o enfermeiro responsável. A profissional irá atender pessoas que já estão sensibilizadas, sem condições. (S3)

Pontos positivos

Dentre os aspectos favoráveis da realidade do trabalho, com exceção da equipe 3, que não se manifestou neste item, foram expressos pontos que remetem à colaboração da equipe e ao compromisso com o trabalho.

A equipe de trabalho pode ajudar nesses casos; tem flexibilidade para agir em situações diferentes. (S1)

A profissional trabalhou sem condições, seguiu a hierarquia. Não saiu do posto de trabalho. (S2)

A mãe chegou à unidade no final do dia, às 18:30h com cinco crianças para serem pesadas por conta do bolsa família. Foi questionada em relação ao horário pelo profissional da recepção, pois essa pesagem não é feita em menos de uma hora. A profissional que estava no Programa de Atenção à criança presenciou e também entrou em atrito com essa mãe, então, após

apresentar descompensação solicitou ajuda e recebeu ajuda na situação. Essa situação fez toda a equipe repensar. Quando refletimos, nos fortalecemos. (S2) [Relato de situação vivida na unidade, na última semana]

Cada dia aprendemos mais com a função do outro. (S2)

Ela não poderia continuar trabalhando, tinha de ser substituída. (S4)

Compromisso com o trabalho. Bondade [da Mariana] em continuar trabalhando. Tem pessoas que quebram a unha e não vêm trabalhar. (S4)

Pontos negativos

Os aspectos desfavoráveis apontados pelos grupos se reportam a situações de estresse vividas em determinados momentos de crise, à falta de diálogo com a equipe, à resistência para mudança de função, ao trabalho em equipe que não acontece plenamente, à gestão, à falta de recursos humanos e ao consequente prejuízo ao serviço.

Nós tínhamos uma recepcionista que quando via fila, balcão, ela tinha uma crise de asma, e precisava ser socorrida pela equipe médica e de enfermagem ...Qualquer estresse desencadeava crise de asma nela. Foi colocada em outro setor, na farmácia, onde o contato com o público é menor, mas continuava com crises. Hoje está afastada. (S1)

Ela não quis falar pois não acredita na gestão. Acredita que não adianta levar o problema para a chefia. Ela não quer ser mudada de setor, então não falou nada. E pensa que por pior que seja aqui, é melhor que outra função. (S1)

Pode ter pensado - vou falar com quem? (S3) [Referindo-se à falta de resolutividade ao problema por parte do gestor]

Nem todos gostam de cobrir outros setores. Em outras unidades todos passam por todos os setores. Nesta unidade, temos a flexibilidade para estarmos no setor que gostamos. Em uma outra unidade, uma mesma pessoa ficou por 14 anos na mesma sala, dificultando o trabalho de outros no local. Só ela conhecia a sala. (S2)

A personalidade da pessoa pode interferir na percepção, no olhar para o outro. (S1)

Faltou relação entre os funcionários, conhecer o outro, aguçar o olhar. (S2)

Muita falha de comunicação. Na correria, eu te olho e não te vejo. (S3)

É mais fácil criticar, do que ajudar. (S1)

A população não irá gostar do atendimento. (S1)

Falta de paciência do profissional com o trabalho. Acúmulo de problemas no dia a dia. (S2)

Vem trabalhar com pensamento negativo, não quer aturar amolação. (S4)

Transmitir o seu problema para outras pessoas, prejudica o atendimento. Tenho limite, não estou bem, mas acabo sendo engolido pela demanda. (S2)

Pode não perceber a importância da sua função, percebe como fardo e não como algo bom. Já estava estressada. (S3)

Essa é a realidade de quase todas as unidades. A Enfermagem tem feito a cobertura da recepção, há uma escala. Pouco RH no cenário atual, em especial com a dengue, existem prioridades de ação. Quando não tem funcionário, a sala da dengue fecha. Mas tem que fazer e nem sempre dá para cumprir o protocolo. Conversamos em equipe e fazemos o possível, readaptação. É cansativo, estressante, é errado. (S2)

Quando um funcionário do balcão falta, sobrecarrega o outro, o médico falta, o outro diz que não atenderá encaixe, a população fica irritada, então procuram o enfermeiro, que acaba por encaminhar o paciente ao PA. Em Cuba, no caso de ausência de médico em uma unidade, o médico da unidade próxima tem a responsabilidade de fazer a cobertura dos casos emergenciais. Cobertura e avaliação de necessidades entre equipes numa situação provisória. No caso da falta se estender por mais de 15 dias, é feita a substituição. Porém, a área de abrangência lá contém 1500 usuários, aqui temos 5000 usuários. (S4)

Não dá para seguir o plano, é o dia a dia apagando fogo. (S2)

O problema é muito hierarquizado, dependendo de uma intervenção vertical. Existe um condicionamento em relação à hierarquia. (S2)

Aqui temos uma Hierarquia disfuncional e Liderança autoritária. A coordenação não está presente todos os dias e horários. Os problemas imediatos quem resolve é o enfermeiro. (S4) [afirmação do ponto de vista do técnico de enfermagem]

O problema é que enxergam o enfermeiro como solução de tudo. Isso é errado. O enfermeiro não responde pelo administrativo, ele pode sugerir ao administrativo, mas não determina. Cabe a cooperação de equipe. (S4) [afirmação do ponto de vista do enfermeiro]

Hoje a população está extremamente exigente e impaciente. Vivemos na cultura “fast”, sem paciência, imediatista. (S3)

O usuário não sabe como funciona aqui dentro, eu mudei meu pensamento quando vim trabalhar na unidade, vi o lado do profissional. (S3)

A Enfermagem fica no balcão para cobrir o administrativo após as 16h, e isso sobrecarrega a equipe. (S4)

Ideias Conclusivas e Sugestões de ação

As ideias conclusivas, relativas às reflexões derivadas da discussão, e as sugestões das equipes se basearam na melhoria da comunicação e interação entre os profissionais, sendo bastante presente a solicitação rápida da intervenção dos líderes, coordenadora e enfermeiros.

Devemos compreender a unidade como nossa. (S4)

Temos que conversar com a equipe para otimizar a situação. (S1)

O líder deve ser aberto à equipe, tem que dar oportunidade para a equipe se expressar no dia sobre o que está bom e ruim. (S1)

O líder deve apresentar uma estratégia de ação no caso de problemas. (S4)

Eu acho que um “Bom dia” de manhã cedo já é suficiente para cada funcionário... Você que está lá em cima dá o exemplo, o resto fará igual... Aqui nós não temos do que reclamar em relação à liderança. O Bom dia com um sorriso acompanhando muda bem o dia, é o mínimo de respeito com todos. (S1)

[a líder] Tem que perceber quando alguém a questiona se está tudo bem, o desabafo é importante, poderia parar para uma água ou café e continuar depois. Existe um contexto maior do que o trabalho, chegamos para trabalhar com problemas externos, o que influencia no rendimento do trabalho. Preciso ter esse olhar sensibilizado, todos deveriam ter esse olhar. (S3)

Remanejamento para outra unidade já que é funcionário público, ou internamente, deslocar para outra tarefa. (S1)

Substituir a funcionária machucada, essa substituição deve ser feita pelo líder, e por uma pessoa com habilidade no trabalho que irá executar. Toda escala tem problemas. Vamos criando estratégias no trabalho para não “enlouquecer”. O gestor, coordenador ou enfermeiro, deve agir rápido com substituição ou até mesmo ficar no local da profissional, para não tumultuar o serviço. (S2)

A profissional deveria comunicar à liderança, antes de iniciar no trabalho e a liderança buscar a solução. (S4)

Troca da recepcionista que está machucada e trabalhando em pé com outro funcionário que está em um local sentado. Mas quem está sentado irá trocar? Isso implica questões de liderança e comprometimento com o trabalho em equipe, mas a forma de falar ou quem fala faz diferença. É uma questão de comunicação. (S4)

Trabalhar com escala de um funcionário reserva, ficaria pré escalado para cobertura de faltas ou problemas. Responsabilidade de cobertura de uma equipe com a outra em casos de emergência. Em outra unidade de trabalho, a equipe de plantão decidia processos de trabalho que organizam o fluxo cobertura e ajuda positivamente, sem intervenção da coordenação. (S4)

Rodízio de funcionários pelos setores para que todos saibam fazer o trabalho nos diferentes setores, funcionário multi. Organizações que facilitam o trabalho, como por exemplo etiquetas coloridas nos prontuários divididos por equipes, facilita quando outros precisam localizar. (S2)

Mudar para uma função com menor contato com a população. Quando remanejamos profissionais, muitas vezes, arrumamos um lado e bagunçamos outro. (S3)

No segundo momento, propusemos a análise e discussão da cena descrita abaixo com as seguintes questões disparadoras:

- O que chama sua atenção nesta cena? Você já viveu coisas parecidas?
- Coloquem os pontos positivos, negativos e sugestões de ação.
- Quem pode fazer o papel da apoiadora?

“Joana, apoiadora, chegou à unidade e estranhou o movimento na recepção e a cara de Mariana. A gerente estava fora em uma reunião. Pediu a uma auxiliar, amiga de Mariana, para convidá-la para um café e assumiu seu lugar na recepção. Choro na cozinha, alívio na fila.” (EPS em movimento, 2014)

Após a leitura da cena e das questões disparadoras, nenhuma das equipes referiu conhecer o papel de apoiador. Então, foi explicado, o papel do apoiador, que consiste em um profissional que representa a instituição de trabalho, devendo integrar a gestão à prática, aproximando-se dos profissionais, criando espaços de análise e reflexão do cotidiano, possibilitando a construção de um olhar compartilhado entre gestão, trabalhadores e usuários.

Percebemos a conscientização dos participantes com relação ao papel da apoiadora, após nossos esclarecimentos. O grupo se manifestou, identificando pontos positivos, negativos e sugestões de ação:

Pontos positivos

A equipe considerou como positivo o trabalho em equipe, o cuidado com o outro e o modo como foi resolvido o problema.

Envolveu o trabalho em equipe: uma percebe a confusão, tenta resolver a situação da profissional e do trabalho. Todos juntos resolveram. Para isso acontecer depende de todos, sintonia da equipe. (S1)

Com o olhar da apoiadora, percebendo o problema, os usuários foram atendidos. (S2)

Falta de rendimento de Mariana, após a troca de profissional, teve um alívio na fila. A empatia da apoiadora Joana com Mariana. (S4)

A questão do olhar crítico. Levar a funcionária para tomar café, trabalhar em equipe e lidar com os problemas. (S3)

Pontos negativos

A equipe entendeu como pontos negativos, as dificuldades de comunicação, a sobrecarga de trabalho, dificultando o olhar sobre o outro.

Fácil seria se cada um fizesse a sua parte, trabalhassem em sintonia. O trabalho em equipe depende de todos e, às vezes, não acontece. A comunicação tem que ser boa. (S1)

Falta de comunicação, falta de pedir ajuda, falta de relação interpessoal. (S2)

Ausência da liderança na unidade. Foi necessário alguém de fora para a solução. (S4)

Na unidade foram realizadas intervenções para integrar e melhorar o trabalho, separadas por classe de profissionais. Falta integrar, lavar a roupa suja. Foram realizadas reuniões com a equipe de enfermagem para resolver nós críticos. Na realidade, por causa da epidemia de dengue, não conseguimos reunir todos. Quase nunca conseguimos reunião com os enfermeiros para conversar com a coordenadora. (S3)

Essa situação aconteceu há alguns dias e foi percebido pela liderança que, ao dizer bom dia, entendeu que a profissional não estava bem, pois não respondeu ao bom dia, interferiu e conseguiu encaminhar a profissional para avaliação médica por síndrome de "burnout", e isso fez com que ela buscasse melhorar. (S1)

Conseguimos perceber mudanças de atitude em pessoas que normalmente são mais extrovertidas, que quando ficam quietas, fica evidente que algo não está bom, mas quando é alguém mais quieto fica mais difícil perceber. (S1)

A unidade é grande fisicamente, o que, às vezes, dificulta o olhar de um profissional em relação à situação do outro. (S2)

- E nós estamos abertos para olhar o outro dentro de uma rotina tumultuada?
[Questão colocada pela pesquisadora neste momento]

Nós somos engolidas pela demanda, ao abrir a unidade, já temos uma fila de 20 a 25 pessoas. Eles passam por cima da gente, já começamos a trabalhar. Nós identificamos um problema na explosão do outro. (S1)

No cotidiano, as pessoas não percebem o outro. (S2)

Influências externas, como problemas familiares, financeiros, interferem no trabalho. Tristeza, limite, estresse, problema cultural. (S3)

Ideias Conclusivas e Sugestões de ação

Neste momento, as sugestões foram pouco colocadas, pois seriam semelhantes aos momentos anteriores, se baseando em melhorar a comunicação, o olhar para o outro, diminuir a sobrecarga de trabalho.

Olhar mais para os outros. (S2)

Sensibilizar a população e comunicá-la sobre o que está acontecendo, respeitando a população em decorrência da demora. E a população orientada entenderá a situação. (S4)

Um caminho seria uma gestão compartilhada, horizontal e transversal. (S3)

Todos têm que se ouvir. Ouvir a opinião dos membros da equipe. (S4)

É preciso trabalhar Educação em saúde, ensinar a população a utilizar o sistema. (S3)

Capacitar a equipe para se colocar no lugar do outro. Essa capacitação tem que vir do próprio profissional, do serviço, da SMS, de todos os lados. Tem que capacitar direito, não só operar a máquina, mas olhar a máquina. Acolher o profissional. Acolher é ouvir com os olhos do coração. (S3)

Mostraram a carência de espaço para discussão e contato com a gestão, que seriam sugestões para melhoria do trabalho.

A Unidade tem 7 anos, com muitas transformações: aumento da demanda da população, mudanças na SMS, redução da equipe. Em um ano, foram quatro coordenadores. Com a coordenadora anterior a esses, os profissionais faziam seus horários das 7h às 13h e das 12h às 18h. Eram realizados encontros semanais às terças, com a coordenação e os enfermeiros, e às quartas, com os enfermeiros e equipe de enfermagem, no horário das 12h às 13h [sobreposição de horário das equipes]. As informações eram melhor transmitidas, eram realizadas atualizações e treinamentos frequentes, a equipe se tornava mais coesa. Após a mudança do horário no atendimento da unidade para até 19h, essa sobreposição se perdeu, os encontros foram abolidos, perdendo qualidade na comunicação da equipe. (S4)

Sinto falta da presença da Regional, trabalham meio no ar, sinto que a assistência fica imediatista e desconectada de um contexto e torna as mudanças de orientações e protocolos sem sentido. (S2) [enfermeira]

Respondendo à questão de quem seria o papel de apoiadora na unidade, em todas as equipes foi colocado que seria do coordenador, e na sua ausência, dos enfermeiros da unidade.

O papel de apoiadora é desenvolvido pelo líder, em ordem hierárquica, coordenador, enfermeiro. (S2, S3 e S4)

No terceiro momento, já finalizando as discussões, foi colocada a seguinte questão:

- Pense no cotidiano do seu trabalho. Tudo o que você faz foi definido por alguém, ou você toma decisões? E toma decisões diferentes, dependendo da situação?

No geral, as expressões se relacionaram à necessidade real de tomar decisões, já que o atendimento à população é dinâmico, exigindo decisões imediatas, e que, muitas vezes, não estão nos protocolos.

Depende de como o outro te recebe. É necessário usar diferentes linguagens. Ao entrar na casa do outro, é preciso criar amizade primeiro. Existem pessoas mais carentes de atenção do que outras. Cada dia é um dia, cada caso é um caso. (S1)

Coitado do paciente não merece ficar esperando. Em cada sala que trabalhamos, tomamos decisões sim, para o andamento do trabalho. Sempre terão prioridades diferentes. Eu tomo decisões. (S4)

A pessoa pró-ativa toma decisões. (S2)

Você desenvolve um "feeling", percebe a necessidade daquela pessoa, uma troca. O protocolo de atendimento domiciliar é engessado, não funciona. (S1)

Nós somos o soldado da linha de frente, ouvimos muito, não posso colocar mais lenha na fogueira. Vai pronto para receber o tiro, então, é preciso tomar decisões. (S2) [ACS]

Tomamos decisões de acordo com o que nos é passado. (S3) [ACS]

Tenho autonomia em muitas decisões." (S3) [Residente]

Nem sempre seguimos o protocolo, bom senso em algumas situações, como exemplo, um paciente com dengue e plaquetas baixas, sem alterações clínicas. Vai para o PA? O PA entupido vai piorar, nós que analisamos o paciente cara a cara. No momento em que carimbo seu prontuário, tomo a responsabilidade por ele. (S3) [Médico]

Seguimos alguns protocolos. Mas, na verdade temos a singularidade, o contexto vivido pelo usuário. Temos a liberdade, não é ciência exata. Mas, em algumas situações, faço o que me mandam, mesmo que não concorde com o que foi mandado. (S3)

Muitas vezes, tomamos decisões que não são nossas, com prazer, outras vezes, nem tanto. Estou satisfeita com a minha equipe apesar da pressão e da sobrecarga. Nunca dá para fazer reunião com todos da equipe, e precisamos discutir com todos. Todos trabalhamos juntos, as decisões são em equipe. Todos opinam. (S4)

Avaliação da oficina

Ao final, foi solicitado aos participantes que avaliassem aquele momento. Após um silêncio, consideraram um momento de escuta, de reflexão do trabalho e com possibilidades de melhorar os processos.

Boa. (S1) [este grupo teve pouca interação entre participantes e com as pesquisadoras]

Conversar assim é muito bom, o momento de reunião de equipe, a problematização faz pensar e a ficha cai. (S2)

Nós acreditamos no SUS. Vejo a pesquisa como um caminho para isso. (S2)

Cada equipe é diferente e não tem união para conversar e compartilhar. (S2) [este grupo apresentou participação ativa e intensa durante a oficina]

Espaço de escuta, nos faz refletir, pensar em possibilidades, ressignificar. Bom para ver cada pessoa, escutar a dificuldade do outro. A oficina é legal, muitas queixas em comum com as outras equipes. (S3)

SEGUNDA OFICINA

Ocorreu após um mês, para que os problemas discutidos na primeira oficina fossem vividos e refletidos no cotidiano do trabalho, buscando respostas a eles.

Oficina II- Apresentação de um quadro com os resultados das reuniões da oficina

I. Construção de acordos de mudanças

Objetivos

- ✓ Apresentar a síntese da Oficina 1.
- ✓ Construir acordos de mudanças.

Estratégia pedagógica

Os principais problemas levantados na primeira oficina foram apresentados à equipe. Foi solicitado aos participantes que propusessem sugestões para superação dos problemas. Como estratégia de apoio, foram preparadas bexigas

com sugestões de mudanças e acordos para potencializar as discussões, caso os participantes não se mobilizassem, mas não foram utilizadas já que a equipe fez suas próprias propostas.

As propostas elaboradas e acordos firmados foram registrados e organizados em cartazes, um mês após a realização da oficina e foram afixados na unidade de trabalho, incentivando os demais profissionais a aderirem aos acordos, e relembrando os profissionais que participaram da oficina.

Encerramento

Frase para reflexão:

“A educação permanente acontece POR você, COM você, EM você e PARA você... Faça acontecer.”

Foi colocado para os profissionais que após análise dos dados das oficinas anteriores, os entraves para o trabalho se confirmaram relacionados à comunicação, trabalho em equipe e liderança. Durante a oficina, os profissionais se colocaram livremente, mesmo com a presença da coordenadora da equipe participando da oficina. Algumas manifestões feitas foram as seguintes:

Existe o problema de excesso de informação e a falta de atenção aos quadros de aviso, que são pouco valorizados pela equipe.

Dificuldades de comunicação com a população, que dificulta o trabalho.

Dificuldades de comunicação com a Secretaria de saúde e regional.

Apesar das dificuldades, hoje com a coordenação, a comunicação está melhorando, as informações ficam acessíveis.

Temos falta de tempo para se reunir, e poucas reuniões, o que dificulta os momentos de encontro das equipes para conversar. As unidades não fecham para reuniões por conta da dengue. Ficam parcialmente fechadas, com demanda espontânea.

A organização dos murais precisa ser melhorada, precisa de uma conscientização da equipe para retirar informações já vencidas dos murais de cada sala. Uma alternativa seria o profissional de cada sala cuidar do mural

interno de cada uma. Os murais comuns a todos, próximo ao ponto, ficam sob responsabilidade de todos.

Existem poucos momentos de conversa e interação pela demanda de trabalho.

Existem pessoas com mais facilidade para falar e transmitir informações, existem outras que têm dificuldades para se comunicar e transmitir informações.

A unidade é grande, o que é um ponto positivo, mas dificulta a informação em alguns momentos.

Em alguns momentos de necessidade de conversas entre os profissionais sobre pacientes, isso é mal interpretado pelos demais pacientes. A população precisa ser educada e orientada a respeitar para ser respeitada.

A equipe precisa falar a mesma língua em relação às condutas e atitudes relacionadas ao atendimento, para poder padronizar as condutas, evitando as exceções. Precisa existir a conversa e a conscientização da equipe, e consequentemente, para a educação da população.

É importante que cada um conheça o setor do outro, para poder fazer um trabalho de equipe melhor.

É importante ter o compromisso de perguntar ao outro, o que tem de novidade nos setores específicos e gerais.

É importante que todos os profissionais da equipe multiprofissional tenham compromisso com as regras e os limites do trabalho e dos colegas.

Eu conheço se o paciente tem dificuldades e necessidades especiais, se nós conhecermos o território.

TERCEIRA OFICINA

Foi realizada após 60 dias, a fim de analisar a adesão e cumprimento dos acordos firmados.

Oficina III - *Feedback* - O que se modificou na rotina de trabalho.

Objetivos

- ✓ Avaliar os resultados dos acordos propostos na Oficina 2, no ambiente de trabalho;
- ✓ Proceder às avaliações de satisfação e de percepção de impacto do programa educativo no trabalho.

Estratégia pedagógica

Foram retomados os acordos, quadro 3, pactuados pela equipe e apresentadas as seguintes questões para reflexão:

- Como foi a manutenção e execução dos acordos nestes dois meses?
- O que mudou neste período?

Encerramento

Leitura da mensagem: A EPS acontecerá na equipe, no local de trabalho, e deve ser buscada diariamente. É muito importante que todos estejam envolvidos, participem das reuniões, que são essenciais para que este movimento aconteça.

Entregamos um pirulito psicodélico (efeito de espiral) com a seguinte mensagem:

“EPS - Movimento em espiral: trago o antigo e associo ao novo”.

Durante a oficina, surgiram as seguintes colocações referentes aos acordos propostos anteriormente:

O cumprimento dos acordos facilitou o processo de trabalho.

Utilizar desenhos, como já é realizado pela coordenadora, ou estratégias que tornem o cartaz diferente como cor do papel, da letra, para diferenciá-lo do que já existia favoreceu prestar atenção nas informações novas.

Seguir as regras, conhecer a regra do setor e quando existir dúvida buscar a informação com o colega do setor, antes de - satisfazer o que o usuário quer - esse acordo não está sendo cumprido completamente, porque as pessoas ainda não padronizaram as ações relacionadas aos pacientes.

É importante que cada profissional saiba qual é o seu limite de atuação, sempre respeitando o espaço do outro.

Quando acontecerem situações fora da regra, as exceções precisam ficar claras para o paciente que o fluxo é outro, e que naquele dia foi uma exceção.

Os compromissos são importantes e estão acontecendo parcialmente. Fazem a diferença no processo de trabalho.

É importante que a equipe acredite na importância de se cumprirem os acordos. A equipe precisa falar a mesma língua.

Conhecer o território trouxe casos novos e empolgação com o novo conhecimento. É importante dar vida às ruas por microáreas, para poder melhorar a promoção à saúde.

As reuniões de equipe precisam ser prioridade.

As ACS tem um modo de trabalhar compartilhando informações dos pacientes, das reuniões em que nem todas conseguem comparecer. Tem uma efetiva comunicação e trabalho em equipe.

Quadro 3: Resultado dos acordos firmados e seu cumprimento, USF A. Sorocaba/SP-2016

ACORDOS ESTABELECIDOS PELA EQUIPE DA USF-A NA OFICINA 2 DE EPS		ACORDOS ESTABELECIDOS PELA EQUIPE DA USF A NA OFICINA 3 DE EPS
Responsabilizar o funcionário que está trabalhando no setor pela organização das informações dos quadros de avisos da sala sob sua responsabilidade, retirando as informações desatualizadas, e organizando as restantes.	Atingido	

(continua)

(continuação)

ACORDOS ESTABELECIDOS PELA EQUIPE DA USF-A NA OFICINA 2 DE EPS		ACORDOS ESTABELECIDOS PELA EQUIPE DA USF A NA OFICINA 3 DE EPS
O quadro de avisos gerais fica próximo ao local de registrar o ponto, portanto, todos que passam diariamente, possuem a autonomia para retirar as informações desatualizadas.	Atingido	
Padronizar a cor do alfinete que fixa a informação (vermelho- informação urgente, amarelo- informação contínua) para facilitar a identificação das informações prioritárias, foi sugerido.	Parcialmente Atingido Mantido	Padronizar a cor do alfinete que fixa a informação (vermelho- informação urgente, amarelo- informação contínua) para facilitar a identificação das informações prioritárias, foi sugerido.
Utilizar desenhos, como já é realizado pela coordenadora, ou estratégias que tornem o cartaz diferente, como a cor do papel ou da letra, para diferenciá-lo do que já existia.	Atingido	
Seguir as regras, conhecer a regra do setor e quando existir dúvida buscar a informação com o colega do setor, antes de satisfazer o que o usuário quer.	Parcialmente Atingido Mantido	Seguir as regras, conhecer a regra do setor e quando existir dúvida buscar a informação com o colega do setor, antes de satisfazer o que o usuário quer.
Compromisso de perguntar um ao outro “o que há de novidade” nos setores específicos e no geral.	Não Atingido Mantido	Compromisso de perguntar um ao outro “o que há de novidade” nos setores específicos e no geral.
Comprometimento de seguir as regras. Conhecer e Divulgar as regras. Buscar a regra correta no setor específico. Planejar a implementação da regra.	Não Atingido Mantido	Comprometimento de seguir as regras. Conhecer e Divulgar as regras. Buscar a regra correta no setor específico. Planejar a implementação da regra. Deixar claro ao paciente a regra e a exceção. [NOVO]
Conhecer o território	Parcialmente atingido Ampliado	Conhecer o território para conhecer os usuários. Adequação da escala de trabalho, priorizando reunião e visita domiciliar. Dar vida às ruas por microáreas para conhecer as equipes e trabalhar a promoção à saúde nas ruas.
		Orientar o paciente sobre resultados de exames e a urgência ou não do retorno em consulta médica.
	NOVO	Organizar as vagas de consultas que são de todos.

(conclusão)

Programa Educativo USF B

Unidade de Saúde da Família, que possui cinco equipes de saúde, com 78 profissionais. Nesta Unidade, o programa foi realizado em duas oficinas, desenvolvidas nos momentos de reunião de planejamento da unidade, contando com a presença da coordenadora, dos profissionais administrativos e profissionais de saúde. A estratégia foi alterada, pois se percebeu um número reduzido de profissionais participando de todas as oficinas na primeira unidade (USFA).

PRIMEIRA OFICINA

Objetivos

- ✓ Contextualizar os participantes sobre a PNEPS e a inserção da pesquisa e da equipe de saúde neste contexto;
- ✓ Discutir o tema gerador da ação educativa: comunicação;
- ✓ Construir acordos de mudanças;
- ✓ Assinar o TCLE.

Estratégia pedagógica - discussão de problemas

Foi solicitada a divisão dos profissionais em grupos de cinco pessoas para estimular a reflexão sobre o tema comunicação na prática de trabalho. Os grupos construíram um quadro com dificultadores da comunicação na rotina de trabalho. Em seguida, propuseram ações para modificar a realidade. Após 30 minutos, um representante de cada grupo expôs a todos as conclusões. Ao final, vários dificultadores e ações se repetiram. O grupo todo, então, definiu os acordos que seriam trabalhados pela equipe até a próxima reunião. E por um pedido da coordenadora e da equipe, a segunda oficina foi após duas reuniões da equipe, que acontecem a cada 45 dias.

Nesta unidade, as reuniões foram conturbadas pelo grande número de profissionais, dificultando mantê-los focados. A seguir, os pontos desfavoráveis do processo de comunicação identificados pelos participantes.

Dificultadores

Existe a dificuldade em priorizar as ações e organizar as agendas da unidade.

Dificuldades de comunicação entre a unidade e os ACS, com informações modificadas sem aviso prévio.

Falha na comunicação entre os colegas e nos diferentes setores. Dificuldades de interpretação das informações passadas.

Problemas com os encaminhamentos, letra ilegível, informações incompletas.

Pequeno espaço físico para o atendimento à população e trabalho da equipe.

É importante a melhora da comunicação da liderança com os profissionais da equipe.

Dificuldades em atender as demandas espontâneas e que precisam de atitude e orientação multiprofissional.

Comunicação violenta, a equipe precisa exercitar técnicas de comunicação não violenta.

Necessidade de clareza nas informações.

Necessidade de reuniões mensais da equipe, espaço programado para promover as melhorias comuns.

Dificuldade em encontrar a liderança direta na rotina de trabalho.

Mudanças súbitas de informação, sem tempo hábil de avisar os profissionais que estão nas ruas.

Ideias conclusivas e Sugestões de ação

Que as lideranças das equipes tenham um momento do dia para conversar com os profissionais da equipe.

Melhorar o preenchimento de guias mais corretamente e com letra legível.

Criação de um grupo de "WhatsApp"®.

Espaços para reuniões, para discussões e busca de soluções. Adequar o horário da reunião de equipe, para que todos os profissionais possam participar.

Retomar o café com o coordenador, que acontece toda sexta-feira com as ACS, para falar do trabalho e dos problemas que aconteceram no passado.

Intercâmbio intersetorial, profissionais conheçam a realidade de outras equipes de trabalho.

A nossa informação já foi melhor, precisamos rever o que aconteceu para estarmos desse jeito.

Atualização constante do mural.

Esses momentos de reunião e reflexão são muito bons para construirmos juntos e modificarmos o nosso trabalho.

Frase para reflexão:

“A educação permanente acontece POR você, COM você, EM você e PARA você... Faça acontecer.”

SEGUNDA OFICINA

Ocorreu três meses após a primeira, para que os problemas discutidos fossem vividos e refletidos no cotidiano do trabalho, buscando respostas a eles.

Oficina II - *Feedback* - O que modificou na rotina de trabalho.

Objetivos

- ✓ Avaliar os resultados dos acordos propostos na Oficina 1, no ambiente de trabalho;
- ✓ Proceder às avaliações de satisfação e de percepção de impacto do programa educativo.

Estratégia pedagógica

Foram retomados os acordos pactuados pela equipe e apresentadas as seguintes questões para reflexão:

- Como foi a manutenção e execução dos acordos nestes três meses?
- O que mudou neste período?

Encerramento

Leitura da mensagem:

"A EPS acontecerá na equipe, no local de trabalho, e deve ser buscada diariamente. É muito importante que todos estejam envolvidos, participem das reuniões, que são essenciais para que este movimento aconteça."

Entregamos um pirulito psicodélico (efeito de espiral) com a seguinte mensagem:

"EPS - Movimento em espiral: trago o antigo e associo ao novo".

Referente ao cumprimento dos acordos propostos, anteriormente, os participantes se manifestaram, incluindo novos elementos.

Falta respeito em relação à invasão da vida pessoal do outro.

Problemas como fofocas, a convivência é difícil. Tratamos o individual como se fosse do grupo, e o que é do grupo como se fosse pessoal.

Modo como eu falo com o outro, para cultivar e melhorar o respeito.

Quando os ACS trazem colocações, estão dando voz ao povo, e não criticando o trabalho da equipe.

É necessário utilizar uma linguagem clara e simples para melhorar a comunicação.

É importante se colocar no lugar do outro.

Confiar no trabalho do outro.

Pela demanda de trabalho, é difícil para os profissionais conhecerem o trabalho do outro, observarem o trabalho do outro neste momento.

As reuniões estão acontecendo, e fazem diferença para o trabalho da equipe.

A coordenadora se coloca para reafirmar a importância das reuniões para o desenvolvimento do trabalho da equipe, e tem a concordância e a participação da equipe.

Os murais tem uma grande quantidade de informações, com muita poluição visual. É importante que todos tenham a responsabilidade de organizar e manter atualizado.

Os avisos pontuais são colocados no mural. As informações essenciais precisam estar expostas. E os cartazes têm que ser claros e objetivos.

Quadro 4: Resultado dos acordos firmados e seu cumprimento, USF B. Sorocaba/SP-2016

ACORDOS ESTABELECIDOS PELA EQUIPE DA USF B NA OFICINA 1 DE EPS.		ACORDOS ESTABELECIDOS PELA EQUIPE DA USF B NA OFICINA 2 DE EPS.
Desenvolver a comunicação: Bom dia! Boa tarde! acompanhado de um sorriso.	Atingido	Desenvolver a comunicação através de uma linguagem clara e simples. Confirmar informações recebidas, antes de divulgar informações.
Desenvolver o respeito pelo outro.	Não atingido	Praticar auto avaliação do meu comportamento. Reconhecer erros.
Realizar reuniões a cada 45 dias, em média. Participar com interesse e empenho. Colaborar com a dinâmica da reunião. Participação efetiva.	Atingido	Manter as reuniões acontecendo. Momento de transmissão de informações.
Favorecer a interação entre setores. Acompanhar o papel e a função do outro. Desenvolver empatia pelo trabalho do outro.	Não atingido ANULADO	
Manter o mural de informações atualizado e organizado. Cada um precisa ter a responsabilidade de buscar a informação.	Parcialmente atingido Reformulado e Mantido	Rever a quantidade de informações expostas nos murais- poluição visual. Manter o mural de informações atualizado e organizado, com informações claras e objetivas, respeitando os prazos dos cartazes. Papel de todos.

(continua)

(continuação)

ACORDOS ESTABELECIDOS PELA EQUIPE DA USF B NA OFICINA 1 DE EPS.		ACORDOS ESTABELECIDOS PELA EQUIPE DA USF B NA OFICINA 2 DE EPS.
Desenvolver a transmissão de informações- um profissional de cada categoria ficará responsável pela disseminação das informações.	Parcialmente atingido Reformulado e Mantido.	Desenvolver a transmissão de informações- um profissional de cada categoria ficará responsável pela disseminação das informações. Foram nomeados um profissional responsável em cada área.

(conclusão)

Programa educativo UBS A

Unidade Básica de Saúde, que possui 14 profissionais. Nesta Unidade, o programa foi realizado em duas oficinas, desenvolvidas nos momentos de reunião de planejamento da unidade, contando com a presença da coordenadora, dos profissionais administrativos e profissionais de saúde. A equipe se mostrou coesa e participativa, com atitudes que evidenciaram os princípios da EPS no funcionamento da equipe.

PRIMEIRA OFICINA

Objetivos

- ✓ Contextualizar os participantes sobre a PNEPS e a inserção da pesquisa e da equipe de saúde neste contexto.
- ✓ Discutir o tema gerador da ação educativa: comunicação.
- ✓ Construir acordos de mudanças.

Estratégia pedagógica - discussão de problemas

Oficina I- Apresentação do trabalho, assinatura do TCLE.

Foi apresentada a seguinte situação: Foi enviada uma nova informação da Regional de Saúde para a coordenação da unidade. Esta repassa a informação

para a equipe através do email corporativo e através do mural. Alguns profissionais leram a informação e outros não. Então, dois usuários são atendidos e recebem informações diferentes sobre uma mesma situação, pois cada profissional orientou com a informação que possuía (nova e antiga).

Após a explanação da situação, foi feito o seguinte questionamento:

- Essa situação é comum? Ela interfere na rotina de trabalho? Quais são os dificultadores para termos uma comunicação efetiva? Como podemos modificar essa realidade?

Frase para reflexão

“A educação permanente acontece POR você, COM você, EM você e PARA você... Faça acontecer.”

Seguem algumas colocações da equipe sobre a reflexão proposta.

Problemas de condutas e posturas diferentes. Precisamos ter bom senso e saber avaliar a necessidade de agir de acordo com o protocolo ou não.

Orientar os pacientes sobre os protocolos e rotinas para que eles se apropriem das suas responsabilidades.

Ocorrem modificações de rotina, sem orientação prévia.

Avaliar as informações que chegam para ver a necessidade de divulgação e para quem as informações são necessárias

Manter o mural com informações burocráticas organizadas. As informações de saúde poderiam ser passadas em momentos de conversas em pequenos grupos.

Manter as reuniões de equipe mensais.

Fazer a parceria entre as duas enfermeiras da manhã e as duas da tarde para manter as equipes com as informações atualizadas e uniformes.

Profissionais que fizerem cursos ou treinamentos externos, repassarem as informações ao restante da equipe.

É importante que todos busquem as informações. Serem pró-ativos. Assumam suas responsabilidades.

SEGUNDA OFICINA

Ocorreu dois meses após a primeira, para que os problemas discutidos fossem vividos e refletidos no cotidiano do trabalho, buscando respostas a eles.

Oficina II- *Feedback*- O que modificou na rotina de trabalho.

Objetivos

- ✓ Avaliar os resultados dos acordos propostos na Oficina 1, no ambiente de trabalho;
- ✓ Proceder às avaliações de satisfação e de percepção de impacto do programa educativo.

Estratégia pedagógica

Foram retomados os acordos pactuados pela equipe e apresentadas as seguintes questões para reflexão:

- Como foi a manutenção e execução dos acordos nestes dois meses?
- O que mudou neste período?

Encerramento

Leitura da mensagem:

"A EPS acontecerá na equipe, no local de trabalho, e deve ser buscada diariamente. É muito importante que todos estejam envolvidos, participem das reuniões, que são essenciais para que este movimento aconteça."

Entregaremos um pirulito psicodélico (efeito de espiral) com a seguinte mensagem:

"EPS - Movimento em espiral: trago o antigo e associo ao novo".

Durante a oficina, surgiram as seguintes colocações referentes aos acordos propostos anteriormente.

Nos últimos dois meses, por conta do grande número de saídas de profissionais, troca e falta de profissionais, a sobrecarga de trabalho e o número reduzido prejudicaram o trabalho.

Nós criamos um grupo de "WhatsApp"®, mas ainda não estão todos os profissionais. Todas as informações e ocorrências da unidade estão sendo repassadas neste grupo.

A conversa em pequenos grupos funcionou, e essa conversa é eficaz no seu objetivo. Informações importantes foram transmitidas.

As reuniões mensais estão acontecendo.

As parcerias entre os enfermeiros não serão possíveis pela redução do número de enfermeiros.

Ocorrem algumas falhas na recepção de e-mails da regional, o problema ainda não foi resolvido.

Precisamos parar e rediscutir os fluxos dos programas da Unidade.

Quadro 5: Resultado dos acordos firmados e seu cumprimento, UBS A. Sorocaba/SP-2016

ACORDOS ESTABELECIDOS PELA EQUIPE DA UBS A NA OFICINA 1 DE EPS.		ACORDOS ESTABELECIDOS PELA EQUIPE DA UBS A NA OFICINA 2 DE EPS.
Profissional que recebe uma nova informação precisa avaliar o conteúdo da mesma, avaliar a importância e necessidade de repassá-la à equipe.	Atingido parcialmente Reformulado e Mantido	Alterado devido a mudanças no número de profissionais. Manter a mobilização presente na equipe para repasse das informações importantes. Atualização do grupo de "WhatsApp"®.
Manter o mural organizado com as informações burocráticas.	Atingido Aperfeiçoado e Mantido.	Manter o mural organizado com as informações burocráticas. Promover momentos de conversas em pequenos grupos para transmissão de novas informações. Realizar reuniões mensais com a equipe de trabalho

(continua)

(continuação)

ACORDOS ESTABELECIDOS PELA EQUIPE DA UBS A NA OFICINA 1 DE EPS.		ACORDOS ESTABELECIDOS PELA EQUIPE DA UBS A NA OFICINA 2 DE EPS.
Oportunizar momentos de conversas em pequenos grupos para transmissão de novas informações.	Atingido Mantido	
Realização de reuniões mensais com a equipe de trabalho.	Atingido Mantido	
Serem feitas parcerias das duas enfermeiras da manhã com as duas da tarde para conduzir os grupos de conversa.	Não atingido Anulado	Retirado devido à diminuição do número de enfermeiros
Transmissão de informações adquiridas em reuniões e cursos para o restante da equipe, responsabilidade do profissional que recebeu a informação.	Atingido e Mantido	
Responsabilidade com a equipe, usuários e serviço. Pró-atividade em relação à transmissão e busca de informações.	Atingido Mantido	Ressalva à dependência individual
	NOVO	Organizar os fluxos de atendimentos à população
	NOVO	Proporcionar conversas entre os profissionais que atuam nos mesmos programas de atenção à saúde da população. Aproveitar os momentos de sobreposição das jornadas de trabalho
	NOVO	Fortalecer o trabalho multidisciplinar nos momentos de conversas

(conclusão)

Programa educativo UBS B

Unidade Básica de Saúde, que possui 39 profissionais. Nesta Unidade o programa foi realizado em duas oficinas, desenvolvidas nos momentos de reunião de planejamento da unidade, contando com a presença da coordenadora, dos profissionais administrativos e profissionais de saúde. É uma equipe que passa por

alterações e apresentou divergências de pensamento entre seus membros, mas com disposição de conversar, discutir e pensar estratégias de mudança.

PRIMEIRA OFICINA

Objetivos

- ✓ Contextualizar os participantes sobre a PNEPS e a inserção da pesquisa e da equipe de saúde neste contexto.
- ✓ Discutir o tema gerador da ação educativa: comunicação.
- ✓ Construir acordos de mudanças.

Estratégia pedagógica - discussão de problemas

Foi solicitada a divisão dos profissionais em grupos de quatro pessoas para estimular a reflexão sobre o tema comunicação na prática de trabalho. Os grupos construíram um quadro com dificultadores da comunicação na rotina de trabalho. E propuseram ações para modificar a realidade. Após 30 minutos, um representante de cada grupo expôs a todos as conclusões. Ao final, vários dificultadores e ações se repetiram. O grupo todo, então, definiu os acordos que seriam trabalhados pela equipe até a próxima reunião. E por um pedido da coordenadora e da equipe, a segunda oficina foi realizada após duas reuniões da equipe, que acontecem a cada 60 dias.

Frase para reflexão:

“A educação permanente acontece POR você, COM você, EM você e PARA você... Faça acontecer.”

Seguem algumas colocações da equipe sobre a reflexão proposta: dificultadores e sugestões de ação.

Mudanças rápidas de informações sem tempo hábil para que elas sejam repassadas.

Informações não uniformes entre as equipes da manhã e tarde.

É necessário estabelecer datas para que as informações sejam repassadas.

Uso do "WhatsApp"® como meio de transmissão de informação, porém não é garantido que todos leram as informações, e nem todos fazem parte do grupo.

Ocorrer a transmissão das informações através de conversas de quinze minutos no final do plantão pela enfermeira para a equipe.

Manter as informações uniformes para os pacientes, seguindo os protocolos. Temos que tomar cuidado com as exceções.

Alguns profissionais não tem "WhatsApp"®, e preferem que as informações não sejam passadas pelo mesmo. Utilizar como meios para disseminar a informação, as reuniões mensais, e-mail, reuniões rápidas para a transmissão pessoal da informação e o mural.

Muitas vezes, o paciente não entende a informação recebida, então, precisamos confirmar se ele entendeu o que foi orientado.

Antecipar para a equipe, os assuntos que serão tratados nas reuniões bimestrais.

SEGUNDA OFICINA

Ocorreu quatro meses após a primeira, para que os problemas discutidos fossem vividos e refletidos no cotidiano do trabalho, buscando respostas a eles.

Oficina II - *Feedback* - O que modificou na rotina de trabalho.

Objetivos

- ✓ Avaliar os resultados dos acordos propostos na Oficina 1, no ambiente de trabalho;
- ✓ Proceder às avaliações de satisfação e de percepção de impacto do programa educativo.

Estratégia pedagógica

Foram retomados os acordos pactuados pela equipe e apresentadas as seguintes questões para reflexão:

- Como foi a manutenção e execução dos acordos nesses três meses?
- O que mudou neste período?

Encerramento

Leitura da mensagem:

"A EPS acontecerá na equipe, no local de trabalho, e deve ser buscada diariamente. É muito importante que todos estejam envolvidos, participem das reuniões, que são essenciais para que este movimento aconteça."

Entregamos um pirulito psicodélico (efeito de espiral) com a seguinte mensagem:

"EPS - Movimento em espiral: trago o antigo e associo ao novo".

Durante a oficina, surgiram as seguintes colocações referentes aos acordos propostos anteriormente:

A equipe teve dificuldades nos últimos meses para realizarem as reuniões mensais, principalmente as enfermeiras, dificultando a transmissão de informações no mesmo momento manhã e tarde.

As reuniões rápidas fazem diferença na rotina de trabalho. Tem funcionado melhor à tarde do que de manhã.

As reuniões rápidas acontecem com a enfermagem, não envolvendo a equipe multiprofissional.

A prefeitura proibiu o uso de celular em serviço, por isso o uso do "WhatsApp"® ficará em aberto para mais discussão, ou será foi cancelado.

Aconteceu uma melhor padronização dos protocolos e orientações para os pacientes pelos profissionais.

A odontologia ainda precisa acertar informações e reagendamentos para os pacientes, principalmente de manhã. É importante que os profissionais da odontologia participem das reuniões semanais.

Os memorandos e as informações não estão sendo lidos em grupo, estão sendo lidos individualmente.

A comunicação com a população tem sido trabalhada e tem melhorado a rotina de trabalho. As informações têm sido validadas e passadas por escrito, também, do enfermeiro para o médico.

Quadro 6: Resultado dos acordos firmados e seu cumprimento, UBS B. Sorocaba/SP-2016

ACORDOS ESTABELECIDOS PELA EQUIPE DA UBS B NA OFICINA 1 DE EPS		ACORDOS ESTABELECIDOS PELA EQUIPE DA UBS B NA OFICINA 2 DE EPS
Estabelecer datas para que as novas informações e rotinas sejam passadas e executadas por todos da equipe	Não atingido Mantido	Não atingido devido a dificuldades da equipe Estabelecer datas para que as novas informações e rotinas sejam passadas e executadas por todos da equipe
Realizar reuniões rápidas semanais para a transmissão de novas informações e resolução de pequenas dificuldades de trabalho.	Atingido Mantido	Realizar reuniões rápidas semanais para a transmissão de novas informações e resolução de pequenas dificuldades de trabalho Estabelecido horários para o período da Manhã - toda quarta-feira às 12h
Utilizar tecnologia "WhatsApp"® para transmissão de mudanças, informações novas e urgentes.	Não atingido Anulado	Devido à proibição de uso de celular na unidade, feita pela Prefeitura
Padronizar as informações passadas à população, seguir os fluxos e protocolos.	Atingido parcialmente Mantido	Padronizar as informações passadas à população- seguir os fluxos e protocolos. Aperfeiçoar para odontologia
Realizar a leitura de memorandos e informações em grupos, para que os memorandos não sejam assinados sem leitura e entendimento.	Não atingido Anulado.	Retirado por considerarem que a leitura deva ser individual

(continua)

(continuação)

ACORDOS ESTABELECIDOS PELA EQUIPE DA UBS B NA OFICINA 1 DE EPS		ACORDOS ESTABELECIDOS PELA EQUIPE DA UBS B NA OFICINA 2 DE EPS
Definir como meios para transmissão de informações: mural de avisos, "WhatsApp"®, reuniões em pequenos grupos, reuniões semanais e mensais.	Atingido parcialmente Reformulado e Mantido	Definir como meios para transmissão de informações: mural de avisos, reuniões em pequenos grupos, reuniões semanais e mensais. Excluído "WhatsApp"®
Padronizar condutas nos plantões manhã e tarde, os enfermeiros se reúnem e definem as orientações a serem passadas para a equipe de forma uniforme e completa.	Atingido Mantido	Padronizar condutas nos plantões manhã e tarde, os enfermeiros se reúnem e definem as orientações a serem passadas para a equipe de forma uniforme e completa.
Fazer a adequação da linguagem das informações passadas para a população.	Atingido Mantido	Fazer a adequação da linguagem das informações passadas para a população.
Desenvolver o hábito de validar a informação transmitida, verificar se o outro entendeu o que foi falado	Atingido Mantido	Desenvolver o hábito de validar a informação transmitida, verificar se o outro entendeu o que foi falado - informação deve ser validada por escrito, também
Antecipar para a equipe os assuntos que serão tratados nas oficinas bimestrais.	Atingido Mantido	Antecipar para a equipe os assuntos que serão tratados nas oficinas bimestrais.

(conclusão)

7.2 AVALIAÇÃO DO PROGRAMA EDUCATIVO “REFLETINDO A PRÁTICA DA COMUNICAÇÃO NO AMBIENTE DE TRABALHO

A população estudada é predominantemente do sexo feminino, com experiência na função e na unidade de trabalho. Dos 125 profissionais, 102 (81,6%) eram do sexo feminino e 14 (11,2%) eram do sexo masculino.

A idade variou de 22 a 63 anos ($M = 37,89$; $DP = 8,48$; $Md = 36$).

Gráfico 1: Idade dos participantes. Sorocaba, 2016.

Idade dos participantes

Grande parte dos participantes pertencia à equipe de enfermagem e eram de nível médio. As categorias de profissionais que participaram foram distribuídas da seguinte maneira: ACS ($n=29$ [23,2%]); auxiliar e técnico de enfermagem ($n = 28$ [22,4%]); enfermeira ($n= 9$,6%]; médico/dentista ($n = 12$ [9,6%]); residentes ($n = 4$ [3,2%]); estagiárias de enfermagem ($n = 2$ [1,6%]); auxiliar de saúde bucal ($n = 2$ [1,6%]); psicóloga ($n = 1$ [0,8%]); nutricionista ($n = 1$ [0,8%]); e da área administrativa ($n = 6$ [4,8%]).

Gráfico 2: Formação dos profissionais. Sorocaba, 2016

A formação predominante foi o ensino médio e fundamental.

O tempo de trabalho na unidade variou de 1 a 336 meses ($M = 42,47$; $DP = 55,30$; $Md = 12$). O tempo exercendo a função descrita variou de 0 a 360 meses ($M = 83,08$; $DP = 92,17$; $Md = 48$).

Gráfico 3: Tempo na unidade e tempo na função. Sorocaba, 2016

Tabela 1: Distribuição dos participantes por oficina, Sorocaba, 2016

Unidade	1ª oficina	2ª oficina	3ª oficina	+ de uma oficina	Número de profissionais
USF A	33 45,2%	33 45,2%	47 64,3%	40(1 fic) 54,7% 27(2ofic) 36,9% 6 (3 ofic) 8,2%	73
USF B	60 76,9%	39 50%	x x	27 34,6%	78
UBS C	14 100%	20* 100%	x x	09 11,5%	14
UBS D	21 53,8%	26 66,6%	x x	16 41,0%	39

* Presença de profissionais que não fazem parte da escala de trabalho da unidade, fazem parte do NASF.

Dentre os 125 participantes, apenas seis profissionais participaram das três oficinas (4,8%); um profissional participou apenas da primeira oficina (0,8%); 12 participaram apenas da segunda oficina (9,6%); 17 participaram apenas da terceira oficina (13,6%); 16 participaram apenas das oficinas 1 e 2 (12,8%); 13 participaram apenas das oficinas 1 e 3 (10,4%); oito participaram apenas das oficinas 2 e 3 (6,4%). Para 52 casos (41,6%) não havia respostas para as variáveis “oficina 1 e 2” e/ou não houve oficina 3.

Esses resultados demonstram a grande dificuldade na participação dos profissionais durante todo o processo de implantação do programa, levando a mudanças na metodologia aplicada durante as oficinas. Existe a troca de profissionais, a ausência por motivos de licenças, faltas, transferência para outras unidades, o que dificulta o processo de treinamento e envolvimento dos profissionais no trabalho. Esse é um fato que interfere, também, no desenvolvimento da comunicação e do trabalho em equipe.

A tabela 2 mostra os resultados da avaliação da satisfação.

Tabela 2: Avaliação de Satisfação, Sorocaba 2016

Itens da Escala de Satisfação	n	% de resposta por ponto da escala <i>Likert</i>					Estatísticas descritivas				Amplitude	
		DT	D	N	C	CT	M	DP	Assimetria	Curtose	Mín.	Máx.
S01. As oficinas foram importantes para meu crescimento profissional.	125	0	2,4	20,8	59,2	17,6	3,92	0,69	-0,34	0,24	2	5
S02. Consegui refletir sobre novas formas de qualificar o meu trabalho.	124	0	3,2	11,3	75,8	9,7	3,92	0,58	-1,02	3,06	2	5
S03. Os objetivos das oficinas foram alcançados.	125	1,6	10,4	48,8	33,6	5,6	3,31	0,80	-0,14	0,33	1	5
S04. Os conteúdos das oficinas podem ser aplicados na prática.	125	0	3,2	8,8	65,6	22,4	4,07	0,66	-0,76	1,73	2	5
S05. Essas oficinas contribuíram para melhorar minhas atividades diárias.	125	0	4,8	19,2	62,4	13,6	3,85	0,71	-0,61	0,72	2	5
S06. Não sei como utilizar o conteúdo abordado na minha prática profissional.	125	21,6	55,2	17,6	4	1,6	2,09	0,83	0,94	1,56	1	5
S07. O conteúdo abordado contribuirá para melhorar meu desempenho profissional.	125	0	4,8	14,4	65,6	15,2	3,91	0,70	-0,76	1,23	2	5
S08. O conteúdo abordado correspondeu aos objetivos propostos para as oficinas.	125	0	4	26,4	59,2	10,4	3,76	0,69	-0,40	0,31	2	5
S09. O conteúdo abordado foi adequado às minhas necessidades.	125	0,8	8	26,4	60	4,8	3,60	0,74	-0,90	0,88	1	5
S10. Fiquei a vontade para me expressar durante a oficina.	125	2,4	10,4	12	55,2	20	3,80	0,96	-0,98	0,72	1	5
S11. Houve interação entre os participantes.	125	1,6	8	10,4	64,8	15,2	3,84	0,84	-1,20	1,86	1	5
S12. A discussão ocorreu numa sequência lógica.	125	1,6	4	13,6	64,8	16	3,90	0,77	-1,22	2,83	1	5
S13. Não tive dificuldades para compreender o conteúdo abordado.	125	0	2,4	3,2	64,8	29,6	4,22	0,62	-0,80	2,50	2	5
S14. O instrutor demonstrou ter conhecimento a respeito do conteúdo.	111	0,9	0	4,5	68,5	26,1	4,19	0,60	-1,13	6,53	1	5
S15. As oficinas foram úteis para eu desenvolver novas habilidades.	111	0	2,7	28,5	60,4	8,4	3,74	0,64	-0,33	0,30	2	5

(continua)

(continuação)

Itens da Escala de Satisfação	% de resposta por ponto da escala <i>Likert</i>						Estatísticas descritivas				Amplitude	
	<i>n</i>	DT	D	N	C	CT	<i>M</i>	<i>DP</i>	Assimetria	Curtose	Mín.	Máx.
S16. Sinto-me mais preparado para o exercício profissional.	111	0,9	3,6	31,5	56,8	7,2	3,66	0,71	-0,66	1,28	1	5
S17. O instrutor demonstrou respeito às manifestações dos participantes.	111	0	0,9	2,7	63,1	33,3	4,29	0,56	-0,35	1,30	2	5
S18. O instrutor demonstrou interesse na aprendizagem dos participantes.	111	0	0	2,7	64,9	32,4	4,30	0,52	0,27	-0,65	3	5
S19. O instrutor foi objetivo em suas explicações.	111	0	0	3,6	64	32,4	4,29	0,53	0,17	-0,54	3	5
S20. O instrutor conduziu a oficina com segurança.	111	0	0	1,8	60,4	37,8	4,36	0,52	0,19	-1,09	3	5
S21. Eu estava interessado em participar da oficina.	111	1,8	4,5	6,3	64,9	22,5	4,02	0,80	-1,46	3,55	1	5
S22. O tema abordado não é importante para minha prática.	111	23,4	48,6	12,6	14,5	0,9	2,21	0,99	0,71	-0,24	1	5
S23. Os objetivos das oficinas corresponderam às necessidades da prática.	111	0	2,7	9,9	72,1	15,3	4,00	0,60	-0,76	2,43	2	5
S24. A carga horária foi suficiente para as discussões propostas.	111	6,3	19,8	29,7	38,7	5,5	3,17	1,02	-0,40	-0,53	1	5
S25. O tempo dedicado às atividades práticas foi suficiente.	111	6,4	14,5	27,2	46,4	5,5	3,30	1,00	-0,69	-0,14	1	5

Os itens 14 a 25 não foram respondidos por 13 sujeitos

(conclusão)

Considerando, para análise, as médias obtidas em cada item de avaliação, notamos que apenas os itens 6 e 22 apresentaram média inferior a 3, o que demonstra aspecto de satisfação, visto que são proposições negativas. Em outras palavras, os participantes avaliaram que o tema foi importante e que sabem como aplicá-lo na prática.

Os demais itens, com média superior a 3, demonstram, de modo geral, que os participantes puderam refletir sobre o trabalho e melhorar sua prática.

As oficinas ocorreram num clima de interação e alcançaram seus objetivos, que foram coerentes ao conteúdo. O instrutor foi respeitoso e envolvido na aprendizagem, além de possuir domínio do tema e segurança para o desenvolvimento das discussões.

Relevamos, por fim, que o conteúdo e objetivos do programa corresponderam a uma necessidade prática dos participantes, que estavam interessados, levando ao crescimento profissional.

A avaliação de percepção de impacto está demonstrada na tabela 3.

Tabela 3: Percepção de Impacto. Sorocaba, 2016

Itens da Escala de Percepção de Impacto	n	% de resposta por ponto da escala <i>Likert</i>					Estatísticas descritivas				Amplitude	
		DT	D	N	C	CT	M	DP	Assimetria	Curtose	Mín.	Máx.
IM01. Utilizo com frequência em meu trabalho atual, o que foi discutido nas oficinas.	125	1,6	5,6	8,8	65,6	18,4	3,94	0,80	-1,32	2,79	1	5
IM02. Aproveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que foi discutido nas oficinas.	125	0	2,4	11,2	71,2	15,2	3,99	0,60	-0,67	2,10	2	5
IM03. Recordo-me das discussões feitas nas oficinas.	124	0,8	4	16,2	66,1	12,9	3,86	0,71	-1,02	2,36	1	5
IM04. Quando aplico o que aprendi nas oficinas, executo meu trabalho com maior rapidez e melhor resultado.	123	0	4,9	26	54,5	14,6	3,79	0,75	-0,34	0,00	2	5
IM05. A qualidade do meu trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao tema das oficinas.	124	0	7,3	27,4	50,8	14,5	3,73	0,80	-0,33	-0,21	2	5
IM06. A qualidade do meu trabalho melhorou mesmo naquelas atividades que não pareciam estar relacionadas ao tema das oficinas.	124	0	7,3	35,5	47,5	9,7	3,60	0,76	-0,17	-0,27	2	5
IM07. Minha participação nas oficinas serviu para aumentar minha motivação para o trabalho.	124	1,6	10,5	18,5	57,3	12,1	3,68	0,88	-0,85	0,60	1	5
IM08. Minha participação nessas oficinas aumentou minha autoconfiança. (Agora tenho mais confiança na minha capacidade de executar meu trabalho com sucesso).	124	1,6	12,1	34,7	41,9	9,7	3,46	0,89	-0,34	-0,11	1	5
IM09. Após minha participação nas oficinas, tenho sugerido, com mais frequência, mudanças nas rotinas de trabalho.	123	1,6	13	28,5	47,2	9,7	3,50	0,90	-0,49	-0,10	1	5
IM10. Essas oficinas que fiz tornaram-me mais receptivo a mudanças no trabalho.	124	0,8	4,8	20,2	63,7	10,5	3,78	0,73	-0,93	1,76	1	5
IM11. As oficinas que fiz beneficiaram meus colegas de trabalho.	122	0,8	3,3	32	50,8	13,1	3,72	0,76	-0,39	0,60	1	5

A tabela 3 mostra que os profissionais concordaram que os conteúdos das oficinas são utilizados no local de trabalho, melhorando a qualidade e os resultados da prática, aumentando a motivação e a autoconfiança para executar suas atividades; sugerindo com mais frequência mudanças na rotina de trabalho e estando receptivo às mudanças; melhorando o trabalho da equipe, em que os colegas se beneficiaram com as oficinas.

Observamos, nas tabelas 2 e 3, assimetria predominantemente negativa, o que indica tendência a maiores níveis de satisfação e percepção de impacto. Além disso, a satisfação e a percepção de impacto apresentam consonância em seus resultados.

Tabela 4: Resultados da comparação para os itens de Satisfação em função da participação nas oficinas 1 e 2. Sorocaba, 2016

Itens de Satisfação	Oficina 1*		Oficina 2	
	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
S01	590,5	0,33	566,5	0,26
S02	640,5	0,73	615	0,61
S03	604	0,46	508,5	0,08
S04	554,5	0,15	600	0,50
S05	579	0,26	529	0,11
S06	635,5	0,71	551	0,20
S07	656,5	0,91	531,5	0,09
S08	610,5	0,47	488,5	0,03
S09	552,5	0,14	478,5	0,02
S10	630	0,67	626	0,76
S11	569	0,22	590	0,43
S12	578,5	0,25	594,5	0,45
S13	569	0,21	558,5	0,22
S14	575	0,97	419	0,02
S15	460,5	0,08	397,5	0,01
S16	498,5	0,24	422,5	0,03
S17	523,5	0,44	456	0,10
S18	496,5	0,25	481,5	0,20
S19	562	0,82	478	0,18
S20	549	0,69	436,5	0,06
S21	462	0,10	404,5	0,02
S22	507,5	0,35	489	0,28
S23	467,5	0,06	515	0,35
S24	547,5	0,70	423,5	0,06
S25	530,5	0,69	458	0,19

Não foi observada diferença significativa nas respostas aos itens de Satisfação entre quem participou e não participou da primeira oficina.

Os itens com sombreamento discriminaram significativamente as pessoas que participaram das que não participaram da segunda oficina. Quem participou desta segunda oficina apresentou pontuações significativamente superiores nestes itens.

Tabela 5: Resultados da comparação para os itens de percepção de impacto em função da participação nas oficinas 1 e 2. Sorocaba, 2016

Itens de Impacto	Oficina 1		Oficina 2	
	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
IM01	635,5	0,70	513	0,07
IM02	590	0,26	556	0,15
IM03	646,5	0,99	476	0,05
IM04	566	0,29	448	0,02
IM05	595,5	0,51	440,5	0,02
IM06	538	0,18	493	0,09
IM07	628,5	0,80	527,5	0,17
IM08	601	0,57	437	0,02
IM09	503,5	0,12	439,5	0,03
IM10	586,5	0,40	432	0,01
IM11	599,5	0,87	362	0,00

Conforme a tabela 5, não foi observada diferença significativa nas respostas aos itens de percepção de impacto entre quem participou e não participou da primeira oficina.

Os itens com sombreamento discriminaram significativamente as pessoas que participaram das que não participaram da segunda oficina. Na comparação, quem participou da segunda oficina apresentou pontuações significativamente superiores nestes itens.

Tabela 6: Comparação com variáveis da amostra e satisfação. Sorocaba, 2016

Itens de Satisfação	Grupos etários		Função exercida		Tempo na unidade		Tempo na função	
	χ^2	p	U	p	χ^2	p	χ^2	p
S01	2,342	0,50	933	0,35	10,160	0,02	6,455	0,17
S02	4,819	0,19	948	0,44	2,706	0,44	4,379	0,36
S03	4,400	0,22	811	0,06	2,183	0,54	0,701	0,95
S04	3,197	0,36	1016	0,82	8,404	0,04	4,019	0,40
S05	3,632	0,30	896	0,21	2,259	0,52	2,750	0,60
S06	4,214	0,24	826	0,07	4,824	0,19	13,583	0,01
S07	0,385	0,94	888	0,17	12,250	0,01	6,941	0,14
S08	0,821	0,84	890	0,20	6,575	0,09	1,293	0,86
S09	1,606	0,66	903,5	0,25	4,956	0,18	3,117	0,54
S10	7,199	0,07	852,5	0,12	3,691	0,30	4,230	0,38
S11	0,072	0,99	934,5	0,33	4,071	0,25	1,389	0,85
S12	1,781	0,62	995,5	0,69	3,775	0,29	0,527	0,97
S13	4,057	0,26	1035,5	0,97	4,061	0,25	1,980	0,74
S14	0,297	0,96	743	0,76	6,384	0,09	7,460	0,11
S15	4,006	0,26	731	0,68	4,367	0,22	4,469	0,35
S16	6,155	0,10	689	0,40	4,831	0,18	6,188	0,19
S17	1,075	0,78	740,5	0,74	2,380	0,50	2,217	0,70
S18	1,287	0,73	762,5	0,93	1,151	0,76	1,726	0,79
S19	0,508	0,92	719,5	0,56	2,411	0,49	2,226	0,69
S20	1,400	0,71	751,5	0,84	5,593	0,13	3,466	0,48
S21	1,064	0,79	767,5	0,98	3,591	0,31	3,087	0,54
S22	0,301	0,96	699	0,47	0,960	0,81	4,551	0,34
S23	1,333	0,72	705	0,42	11,384	0,01	3,687	0,45
S24	1,705	0,64	646,5	0,22	3,744	0,29	1,849	0,76
S25	2,186	0,53	743,5	0,90	3,709	0,29	3,486	0,48

Não foi observada diferença significativa na pontuação dos itens de satisfação quando o critério de comparação foi o **grupo etário**.

Na comparação da **função exercida** não foi observada diferença significativa na pontuação dos itens entre os participantes com nível de escolaridade de ensino fundamental e médio e os com nível superior.

Na comparação dos grupos por **tempo na unidade** observamos que os participantes com até um ano na unidade apresentaram pontuação significativamente maior quando comparados com os participantes com + de 3 até 5 anos nos seguintes itens: S01 ($U = 173,000$; $p \leq 0,01$); S04 ($U = 198,500$; $p \leq 0,01$);

S07 ($U = 160,500$; $p \leq 0,01$) e S23 ($U = 123,000$; $p \leq 0,01$). Para o item 23, também, houve diferença entre quem tinha até um ano na unidade, os quais apresentaram pontuação significativamente superior na comparação com quem tinha + de 1 até 3 anos na unidade ($U = 151,000$; $p \leq 0,04$).

Na comparação dos grupos por **tempo na função** apenas o item S06 discriminou os grupos. O grupo com + de 3 até 5 anos na função apresentou pontuação significativamente maior no referido item na comparação com o grupo com mais de oito anos na função ($U = 108,000$; $p \leq 0,01$). Como essa é uma afirmação negativa, nos mostra que os profissionais com menor tempo na função estão mais disponíveis a mudanças.

Tabela 7: Comparação com variáveis da amostra e percepção de impacto. Sorocaba, 2016

Itens de Impacto	Grupos etários		Função exercida		Tempo na unidade		Tempo na função	
	χ^2	p	U	p	χ^2	p	χ^2	p
IM01	3,603	0,31	1032	0,94	4,181	0,24	4,967	0,29
IM02	0,131	0,99	960,5	0,46	4,227	0,24	2,248	0,69
IM03	4,530	0,21	980,5	0,58	0,996	0,80	2,294	0,68
IM04	9,529	0,02	972,5	0,66	0,039	1,00	2,507	0,64
IM05	1,412	0,70	943	0,42	5,115	0,16	3,834	0,43
IM06	2,577	0,46	978,5	0,61	1,383	0,71	0,823	0,94
IM07	2,674	0,44	945,5	0,42	8,251	0,04	10,856	0,03
IM08	3,765	0,29	997	0,73	10,281	0,02	7,597	0,11
IM09	5,304	0,15	735	0,01	0,116	0,99	1,994	0,74
IM10	2,223	0,53	946	0,40	6,383	0,09	5,653	0,23
IM11	1,596	0,66	737	0,01	3,132	0,37	5,076	0,28

Na comparação dos **grupos etários**, foi observada diferença significativa apenas para o item IM04 ($U = 33118,500$; $p \leq 0,02$): o grupo com idades entre 31 e 40 anos pontuou significativamente mais forte neste item, na comparação com o grupo com idades entre 40 e 49 anos.

Na comparação da **função exercida**, o grupo de participantes com nível superior de escolaridade apresentou pontuações significativamente maiores nos itens IM09 e IM11 da avaliação de impacto, que dizem após as oficinas terem aumentado as sugestões para mudanças na rotina de trabalho, beneficiando os colegas.

Na comparação dos grupos por **tempo na unidade** verificamos diferenças significativa. Quem tinha até um ano na unidade apresentou pontuação significativamente superior na comparação com quem tinha + de 1 até 3 anos na unidade nos itens IM07 ($U = 197,500$; $p \leq 0,01$) e IM08 ($U = 180,000$; $p \leq 0,01$). Estes participantes (com até um ano na unidade) também pontuaram significativamente maior nos itens IM07 ($U = 388,500$; $p \leq 0,04$) e IM08 ($U = 370,000$; $p \leq 0,03$) quando comparados com o grupo com mais de cinco anos na unidade. Estes itens remetem ao aumento da motivação e autoconfiança para trabalhar e propor mudanças na rotina de trabalho.

Na comparação dos grupos por **tempo na função** apenas o item IM07 discriminou os grupos. O grupo com até um ano na função apresentou pontuação significativamente maior no referido item na comparação com o grupo com mais de oito anos na função ($U = 320,000$; $p \leq 0,01$).

Tabela 8: Correlação entre Satisfação e Percepção de Impacto (n = 125)

	IM1	IM2	IM3	IM4	IM5	IM6	IM7	IM8	IM9	IM10	IM11
S1	0,29**	0,34**	0,23*	0,31**	0,37**	0,25**	0,52**	0,49**	0,42**	0,45**	0,41**
S2	0,31**	0,43**	0,27**	0,21*	0,19*	0,29**	0,31**	0,30**	0,39**	0,30**	0,37**
S3	0,27**	0,26**	0,19*	0,25**	0,22*	0,21**	0,23**	0,07	0,20*	0,24**	0,38**
S4	0,44**	0,51**	0,30**	0,24**	0,38**	0,25**	0,33**	0,25**	0,20*	0,31**	0,38**
S5	0,28**	0,42**	0,39**	0,40**	0,41**	0,31**	0,36**	0,45**	0,30**	0,35**	0,55**
S6	-0,24**	-0,31**	-0,28**	-0,29**	-0,30**	-0,17	-0,29**	-0,27**	-0,12	-0,12	-0,20*
S7	0,30**	0,36**	0,13	0,25**	0,31**	0,18*	0,48**	0,54**	0,35**	0,45**	0,42**
S8	0,29**	0,38**	0,18*	0,24**	0,34**	0,31**	0,26**	0,21	0,16	0,16	0,42**
S9	0,46**	0,46**	0,25**	0,33**	0,38**	0,26**	0,34**	0,31**	0,20*	0,30**	0,31**
S10	0,53**	0,40**	0,18	0,27**	0,30**	0,29**	0,34**	0,25**	0,40**	0,31**	0,32**
S11	0,32**	0,30**	0,18*	0,22*	0,27**	0,18*	0,18**	0,12	0,23*	0,17	0,16
S12	0,43**	0,49**	0,27**	0,21*	0,37**	0,32**	0,22**	0,29**	0,16**	0,22*	0,36**
S13	0,44**	0,32**	0,20*	0,27**	0,27**	0,20*	0,15	0,10**	0,20*	0,22*	0,23*
S14	0,32**	0,40**	0,28**	0,25**	0,31**	0,15	0,32**	0,22*	0,07	0,24*	0,33**
S15	0,33**	0,44**	0,36**	0,36**	0,38**	0,26**	0,38**	0,48**	0,33**	0,48**	0,40**
S16	0,27**	0,32**	0,23*	0,32**	0,32**	0,25**	0,48**	0,53**	0,26**	0,44**	0,34**
S17	0,30**	0,23*	0,29**	0,22*	0,34**	0,20*	0,30**	0,27**	0,16	0,16	0,38**
S18	0,24*	0,21*	0,33**	0,23*	0,30**	0,14	0,26**	0,29**	0,16	0,14	0,36**

(continua)

(continuação)

	IM1	IM2	IM3	IM4	IM5	IM6	IM7	IM8	IM9	IM10	IM11
S19	0,32**	0,28**	0,33**	0,21*	0,26**	0,13	0,26**	0,23*	0,14	0,21*	0,36**
S20	0,34**	0,32**	0,39**	0,28**	0,33**	0,17	0,36**	0,30**	0,18	0,28**	0,43**
S21	0,48**	0,58**	0,26**	0,35**	0,43**	0,31**	0,46**	0,46**	0,30**	0,48**	0,44**
S22	-0,42**	-0,51**	-0,26**	-0,20*	-0,39**	-0,20*	-0,20*	-0,20*	-0,14	-0,23*	-0,19
S23	0,45**	0,55**	0,32**	0,29**	0,41**	0,22*	0,52**	0,47**	0,30**	0,33*	0,44**
S24	0,15	0,10	-0,05	0,06	0,06	0,19*	0,23*	0,10	0,03	0,09	0,04
S25	0,19**	0,18	-0,04	0,01	0,04	0,13	0,10	0,14	0,07	0,07	0,11

(conclusão)

** p<0,01; *p<0,05.

S = Satisfação; IM = Impacto.

A tabela 8, matriz de correlação entre satisfação e percepção impacto exhibe que das 275 correlações possíveis, 83,64% foram significativas (230) e 16,36% (45) não foram significativas.

Dentre as 230 correlações significativas, 10 (4,8%) têm forte correlação, 121 (52,6%) têm moderada correlação e 98 (42,6%) têm fraca correlação. Portanto, podemos interpretar que os profissionais com maior grau de satisfação tem maior percepção do impacto causado pela discussão da oficina.

8 DISCUSSÃO

8 DISCUSSÃO

A pesquisa-ação, como metodologia adotada nesta pesquisa, oportunizou a aplicação prática, levando a mudanças identificadas como necessárias pelos profissionais envolvidos no trabalho (Tripp; 2005).

Em analogia à pesquisa-ação em educação, que se associa à temática deste estudo, Elliot, citado em Rossouw (2009) propõe uma investigação cíclica que envolve o planejamento; a atuação; a observação e monitoramento; e a reflexão para o replanejamento.

Esses quatro ciclos correspondem ao desenvolvimento deste estudo desde a pesquisa anterior, que realizou o primeiro ciclo, analisando a situação-problema e planejando a ação; nesta, os demais ciclos foram contemplados na implementação e avaliação da ação planejada e na ponderação para sua realização.

É perceptível a importância de proporcionar espaços de discussão e encontros entre os profissionais que atuam na assistência à saúde, para que possam refletir sobre os processos de trabalho, seus problemas e soluções. O crescimento das equipes e a melhora do cotidiano de trabalho estão visíveis nas expressões dos profissionais e seriam necessários novos momentos de análise e pesquisa para poder avaliar o impacto dessas mudanças na assistência direta à população. Como a PNEPS mesmo traz em sua composição, as mudanças no serviço dependem dos atores que nele estão envolvidos.

O cenário de desenvolvimento desta pesquisa foi o SUS, complexo e permeado de disputas entre distintos interesses, sujeitos e projetos, buscando a efetivação de uma política pública que defenda a vida, a autonomia, o protagonismo e a participação social. A PNEPS busca direcionar e aprimorar o desenvolvimento dos profissionais em atuação e em formação. Um dos seus objetivos é reconhecer as práticas e saberes do cotidiano do trabalho, incentivando e fortalecendo novos sentidos no fazer saúde (Brasil, 2014).

Durante as oficinas, os profissionais colocaram a importância da capacitação para o trabalho, sendo responsabilidade do próprio profissional, da SMS, e é importante que o profissional se coloque no lugar do outro, acolhendo, ouvindo. É preciso trabalhar a Educação em saúde, ensinar a população a utilizar o sistema,

trabalhar em equipe, onde a opinião de todos é importante. A EP é norteadora de novas práticas, capazes de orientar a construção de processos de aprendizagem significativa, fazendo refletir sobre o cotidiano de trabalho, possibilitando ações coletivas de desenvolvimento, a partir de dificuldades e necessidades identificadas pela equipe no trabalho em ato, vivo (Brasil,2014).

Ao refletirem sobre o trabalho, os profissionais se fortalecem enquanto equipe e aprendem com a função e com o conhecimento do outro. Existem muitas imperfeições na, comunicação, mas quando conversam é possível fazer readequações e melhorar os resultados do trabalho.

Segundo Moretti-Pires (2012), a capacidade do homem em melhorar o mundo em que vive permeia a investigação e criação de conhecimento e a modificação do sistema de saúde para atender à população. É necessária uma adequação entre a formação profissional e a vida real, entre a teoria e a prática.

O rompimento da dicotomia entre a prática e a teoria, articulando os conteúdos com a ação nos leva ao fortalecimento da aprendizagem significativa, teoria que embasa a PNEPS, e que torna o profissional autor de seu próprio conhecimento, buscando cuidar com ética, amor e responsabilidade (Sousa et. al, 2015).

Ao analisar o material produzido nessa pesquisa é possível concluir que a PNEPS está presente no trabalho das equipes, com maior ou menor força, a depender dos autores envolvidos. E, muitas vezes, a EPS não é nomeada pela equipe, mas vivida, transformando a realidade.

“Para apoiar a construção de conhecimentos, habilidades e atitudes, as ações educativas devem ser compreendidas para além do sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos referidos a uma dada profissão e aplicados a uma dada realidade, como um processo de produção de sujeitos críticos e reflexivos, transformação da realidade, constituição de modos de existência e criação de novas formas de gestão dos processos de trabalho.” (Brasil, 2014,p. 7).

Os profissionais acreditam que para a melhoria do trabalho precisa haver sintonia da equipe, que todos tenham a oportunidade de se expressar, otimizando as situações da prática e, dessa forma, estruturando e alterando a forma de trabalho e seus resultados. Conforme Sousa et al (2015), quanto maior a

aproximação do aprendizado a situações reais, maior o desenvolvimento da sensibilidade humana e, assim, da capacidade de cuidar do outro. E convergindo com a aprendizagem significativa de Ausubel, as situações reais que se aproximam de conhecimentos prévios têm maior possibilidade de produzir novos conhecimentos pela prática.

Para Campos e Furtado (2008), nas pesquisas realizadas sobre o SUS e políticas públicas ou serviços de saúde, é fundamental não dissociar o discurso da ação para não distanciar a teoria da prática, a fim de identificar e entender as relações entre estrutura e eventos observados ou registrados, sem fazer o distanciamento entre a macropolítica e a micropolítica.

Brito (2005) expõe diversas experiências com pesquisas-intervenções, que nos fazem compreender que há diversas possibilidades de criação no espaço micropolítico, opondo-se à ideia de que os modelos de atenção à saúde são predeterminados. As políticas de saúde podem assumir diversas formas, resultando dos processos de negociações entre os atores, usuários, profissionais e gestor-governo.

Nesse sentido, o ambiente de trabalho e seu potencial de transformação são elementos essenciais, pois, como afirma Afonso (2002), inseridas em um contexto social, as oficinas não se restringem a uma reflexão racional, mas envolvem os sujeitos de maneira integral, em suas formas de agir, pensar e sentir. Essa subjetividade é inerente no pensar e trabalhar em saúde e é uma prática de intervenção psicossocial, estruturada, com grupos, focada em uma questão central que o grupo se propõe a refletir.

Por sua vez, a EPS em movimento (2014a) destaca que o ambiente de trabalho é um ambiente dialógico de aprendizagem, com a construção do conhecimento pela experiência e por seu caráter coletivo. É vital falar sobre o que pensamos, o que sentimos e como fazemos; é preciso escutar a equipe de trabalho. É com esse movimento que construímos um modo de trabalho melhor, tornando-nos mais fortes e potentes para responder a situações novas e complexas no cotidiano. A visibilidade do trabalho cotidiano e do conhecimento construído está, portanto, vinculada a falar e escrever sobre ele.

Em perspectiva, a importância das oficinas, atribuída pelos participantes, para o crescimento profissional e o aproveitamento nas atividades do trabalho, alude à TAS, como reiterado por Bucchi (2014) que a aprendizagem ocorre na apreensão do conhecimento útil, o qual é ancorado em base anterior, armazenado e acessado de diferentes pontos de partida, acompanhado pela construção de diversas representações e significados.

As contribuições cognitivas, afetivas e do meio social e as características de cada indivíduo colaboram para o desenvolvimento e expansão de conhecimentos, habilidades e atitudes, respeitando sua individualidade e motivando iniciativas pessoais, interferindo fortemente na comunicação e no trabalho em equipe (Distler, 2015).

Compreendemos que foi assim a construção dos resultados das oficinas e seu impacto na transformação do trabalho cotidiano. Maior motivação para o trabalho, aumento da autoconfiança, do empoderamento e da receptividade às mudanças promovidos pelas oficinas remetem à proposta de articular subjetividade, experiência pessoal, conhecimento e racionalidade, o que se aproxima da educação libertadora, defendendo a valorização e transformação da realidade, considerando a experiência de vida dos participantes e sua formação (Amaral; Fonseca, 2005). Esse pensamento é congruente à aprendizagem significativa, presente na PNEPS.

Ainda falando da motivação gerada na equipe pelas oficinas, Tavares (2008) cita que ao ser apresentado a uma nova informação, o profissional opta entre a aprendizagem mecânica, que não causa o entendimento da estrutura da informação, impossibilitando o seu uso em outras situações equivalentes, ou escolhe a aprendizagem significativa, que transforma novas informações em novo conhecimento, após as conexões entre o novo e o antigo.

As oficinas contribuíram para melhorar o desempenho nas atividades de trabalho, favorecendo o desenvolvimento de novas habilidades e preparando para exercer melhor suas atividades, com mais significância para os participantes presentes em duas oficinas. Para que o trabalhador seja um agente de mudanças, deve se apresentar como sujeito ativo e capaz de *aprender a aprender, aprender a*

fazer, aprender a conviver e aprender a ser, favorecendo a construção de um sistema de saúde democrático e participativo (Brasil, 2014).

A problematização de situações reais proporciona a vivência e o pensamento dos diferentes profissionais e as discussões precisam ser construídas com base nos protocolos e nos pontos do fluxo com problemas, e não nas pessoas problemas nas situações (EPS em movimento, 2014b) e, as oficinas proporcionaram essa oportunidade.

Nesse sentido, resgatamos que o papel do apoiador proporciona soluções aos problemas que não são fórmulas prontas, mas o resultado do que é vivenciado pela equipe (Casanova, Teixeira, Montenegro, 2014).

O impacto positivo das oficinas ter sido maior para os participantes presentes em duas oficinas mostra que a lógica do programa realizado e a necessidade de ações semelhantes, quanto mais se discute e aprofunda o problema, mais soluções concretas são apontadas e maior é sua aplicação no trabalho. Aplicação esta que ultrapassa à temática abordada.

Grande parte das organizações, no entanto, não oferecem condições necessárias à consecução do novo conhecimento, por falta de recursos materiais ou humanos. Assim, não criam oportunidades objetivas para a efetiva participação dos profissionais que não podem se ausentar do trabalho, mesmo que por tempo diminuto.

Sob esse ponto de vista, as reuniões de equipe são espaços ricos para educação, pois tem potencial para discussão de conflitos e de incongruências com as normas e protocolos institucionais e construção de consensos acerca do trabalho. Essas reuniões, entretanto, têm duração e sofrem interrupção pela necessidade de continuar o atendimento ao público e a demanda de trabalho.

A esse respeito, cabe uma reflexão sobre a valorização dirigida a momentos de ações instrucionais e educativas.

Segundo Martins (2004), os encontros entre os profissionais para discussão de situações do cotidiano de trabalho que tenham sentido, significado ou o remetam a um aprendizado anterior, promovem o ajuste de decisões e atitudes às necessidades reais. Dessa forma, as normas, protocolos, política institucional são referências que, a partir da interação do profissional à situação vivenciada, num

espaço de liberdade para reflexão, criatividade e negociação, irão se transformar em trabalho real. Isso demonstra o potencial para a geração de novas formas de organização do trabalho, construídas e validadas coletivamente. Essas novas regras e formas de trabalho ajudam na gestão e resolução das dificuldades do trabalho.

A comunicação, tema central das oficinas, é inerente à vida profissional e ao trabalho em saúde, acontecendo de diversas formas e sendo determinante para o resultado final do trabalho e para a estruturação de redes de comunicação. Segundo Zarifian (apud Martins, 2004) estas redes terão resultados positivos quando as pessoas aprenderem a conhecer e respeitar a opinião uns dos outros, seus anseios, limitações e começarem a nomear os problemas comuns e trabalharem juntas na solução para os mesmos.

A carga horária disponibilizada para as oficinas, segundo os participantes, não interfere no impacto das oficinas no ambiente de trabalho, mas comparando a projeção de impacto dos participantes de uma ou duas oficinas, as transformações na atitude e na prática do trabalho são maiores nos profissionais que participaram de duas oficinas. O que nos faz pensar que mais importante que o tempo das oficinas, é a continuidade do processo de construção dos conhecimentos e a participação efetiva de todos os envolvidos no trabalho em ato.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa descreveu a realização de um programa educativo que superou nossas expectativas quanto aos objetivos de avaliação e proporcionou uma riqueza de dados empíricos que não permitiu sua análise em profundidade nesse momento acadêmico, tal como uma incursão ao tema Comunicação, na perspectiva da teoria da ação comunicativa de Habermas. Assim, mais análises serão desenvolvidas e divulgadas em artigos e eventos científicos.

O programa, utilizando a problematização nas oficinas, disparou a EPS na prática, no trabalho vivo e mostrou sua viabilidade, dando voz para fortalecer a educação em saúde, não obstante à dificuldade na participação dos profissionais e ao tempo reduzido para discussões.

É preciso trabalhar as lideranças diretas com o conhecimento e habilidade para desenvolver a EPS, pois são estes que mais podem favorecer os espaços de discussão e reconstrução do trabalho. Estes espaços são momentos especiais que precisam ser valorizados e respeitados como momentos de crescimento e desenvolvimento da equipe e do trabalho em ato. Todos nós fazemos EP no nosso cotidiano.

A comunicação é determinante no trabalho em saúde. As equipes reconhecem sua responsabilidade para melhorar o trabalho e, ao mudarem o movimento de imputar os problemas a uma responsabilidade externa, também conseguem alterar mecanismos de trabalho e melhorar os resultados do atendimento ao usuário, foco principal do trabalho em saúde.

As situações colocadas para problematizar a ação foram identificadas e exemplificadas pelas equipes com fatos concretos da rotina de trabalho, o que aproxima as discussões vividas da aprendizagem significativa, aproximando o cotidiano da PNEPS. E quando acontece a identificação do profissional com a situação problematizada, as discussões se enriquecem com diferentes atitudes tomadas para a mesma situação. Atitudes do trabalho real, baseadas nas normas e protocolos, porém que ganham vida no trabalho em ato. E são soluções construídas individual ou coletivamente, e que só poderão ser conhecidas se divulgadas para o grupo e se forem escritas e publicadas.

Não existe um modelo padrão para se fazer EPS, essa construção depende dos encontros e dos atores envolvidos nesse processo. O que é primordial é a valorização dos profissionais e das situações reais de trabalho. Para, então, construir e reconstruir conhecimentos, habilidades e atitudes.

No trabalho em saúde, precisamos pensar que não fazemos formação e educação PARA o trabalho, mas é importante buscar e construir a educação NO trabalho. Pensando no crescimento e construção coletiva, tendo como objetivo a melhora do resultado na atenção ao usuário, que é o principal foco da sua existência.

Como limitações, reconhecemos que as escalas de avaliação deveriam ter sido apreciadas por especialistas, a fim de verificar evidências de validade de conteúdo a partir de uma análise teórica. Dessa limitação, decorreu outra restrição, a impossibilidade de cálculo de escores por dimensão teórica.

Além disso, a Análise Fatorial Exploratória não pôde ser empregada pelo número insuficiente de respondentes, o que inabilitou o cálculo do Alpha de Cronbach, que não é garantido em uma escala unidimensional.

Confirmamos, no entanto, a contribuição do estudo atinente à EPS, tanto como estratégia de educação no e para o trabalho, como para ratificar a viabilidade e importância da EPS no trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Abbad,G; Gama, ALG; Borges-Andrade, JE. Treinamento: análise do relacionamento da avaliação nos níveis de reação, aprendizagem e impacto no trabalho. Rev. adm. contemp., Curitiba, v. 4, n. 3, Dec. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552000000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Nov.2014.

Abbad G, Pilati R, Pantoja MJ. Avaliação de treinamento: análise da literatura e agenda de pesquisa. RAUSP 2003; 38 (3): 205-18.

Afonso L. Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte(MG): Edições do Campo Social; 2002. p. 11-59.

Albertino FMF, Souza NA. Avaliação da aprendizagem: o portfólio como auxiliar na construção de um profissional reflexivo. Est Aval Educ. 2004 Jun; (29):169-89.

Amaral MA, Fonseca RMGS da. A oficina de trabalho como estratégia educativa com adolescentes na área de sexualidade. REME – Rev. Min. Enf; 9(2): 168-173, abr/jun, 2005.

Borges- Andrade JE. Avaliação integrada e somática em TD&E. In: Borges-Andrade JE, Abbad G da S, Mourão L. & colaboradores. *Treinamento, Desenvolvimento e Educação em Organizações e Trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas*. Porto Alegre: Artmed, p. 343-358, 2006.

Borges- Andrade JE. Desenvolvimento de medidas em avaliação de treinamento. Estudos de Psicol. 2002; 7 (n. esp.): 31-43.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.[legislação na internet]. Brasília; 2004 [citado 2010 Nov 21]. Disponível em: http://www.unifesp.br/port_GM198.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Série Pactos Pela Saúde 2006, v.9. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos administrativos. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituinte.pdf.

BRITO, Jussara Cruz de. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1612-1614, Oct. 2005.

Campos, RTO; Furtado, JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev Saúde Pública. 2008; 42(6):1090-6.

Dancey CP, Reidy J. Estatística sem matemática para psicologia - 5ª Ed. 2013. Porto Alegre, Penso.

David TRIPP. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

EPS EM MOVIMENTO. Dispositivos de Redes. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/dispositivos-de-redes>>. Acesso em: 28 agosto. 2015.

EPS EM MOVIMENTO. Educação e trabalho em saúde: a importância do saber da experiência. 2014a. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/educacao-e-trabalho-em-saude-a-importancia-do-saber-da-experiencia>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

EPS EM MOVIMENTO. Uma possibilidade de fazer diferente. 2014b. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/uma-possibilidade-de-fazer-diferente>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

Gomes AP et al. Aprendizagem significativa e Educação Médica. Rev Bras de Educação Médica. 2008; 32(1), p.105-111.

MARTINS, MIC. A transição tecnológica na saúde: desafios para a gestão do trabalho. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 2, n. 2, p. 287-310, Sept. 2004 .

Medeiros KR, Machado HOP, Albuquerque PC, Dantas GGJr. O sistema de informação em saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. Cienc Saude Colet. 2005;10(2):433-440.

Mira VL. Avaliação de programas de treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermagem de dois hospitais do município de São Paulo [tese livre- docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Mira VL et al. Educação permanente em saúde: de diretriz política a uma prática possível. Relatório de pesquisa apresentado - Projeto CNPq nº 401460/2013-4. Dez; 2015.

Moreira MA, Caballero MC e Rodríguez ML (orgs.). Aprendizagem significativa: um conceito subjacente. Actas del Encuentro Internacional sobre el Aprendizaje Significativo. Burgos, España. 1997. pp. 19-44.

Moreira MA. Negociação de significados e Aprendizagem significativa. Ensino, Saúde e Ambiente. 2008; dez; v.1; n.2: p 2-13.

Peduzzi M, Ciamponi MHT, Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P (Coordenadora). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Pelizzari A, Kriegl ML, Baron MP, Finck NTL, Dorocinski SI. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. Ver. PEC. 2001-2002; 2(1):37-42.

Pilati R, Abbad G. Análise fatorial confirmatória da escala de impacto do treinamento no trabalho. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília , v. 21, n. 1, p. 043-051, Apr. 2005

Prado GdoVT, Ferreira CL, Fernandes CH. Narrativa pedagógica e memoriais de formação: Escrita dos profissionais da educação? Revista Teias, 2011; set/dez; v.12 ; n. 26 : 143-153.

Rossouw D. Educators as action researchers: some key considerations. South African Journal of Education, 2009. 29(1), 1-16. Retrieved April 19, 2017, from http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0256-01002009000100001&lng=en&tlng=en.

Santos PT dos. Avaliação da satisfação, aprendizagem e impacto do curso introdutório à Estratégia de Saúde da Família: um aporte metodológico [tese de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

Silva MJP. Comunicação tem remédio – a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola; 2012.

Thiollent M. Metodologia da Pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 1986.

Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

Tronchin DMR, Mira VL, Peduzzi M, Ciampone MHT, Melleiro MM, Silva JAM da, Silva AM da, Soares JM de S. Educação Permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. Rev Esc Enferm USP.2009; 43 (Esp 2): 1210-5.

World Health Organization (WHO). The World Health - working together for health. Technical Report Series, 237. Geneva: WHO; 2006.

Zinn GR. Educação Permanente em Saúde: de diretriz política à uma prática possível. [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO

Prefeitura do
Município de
Sorocaba

Universidade de São Paulo

Avaliação de satisfação

Participante (código) - _____

Pesquisa - Implantação e avaliação de programa educativo conforme diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Responda aos itens abaixo, conforme a sua avaliação das oficinas realizadas e a influência delas na sua rotina de trabalho.

Não há resposta certa ou errada, o que vale é a sua opinião sincera a respeito dos itens.

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM DISCORDO NEM CONCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	0	3	4

1. As oficinas foram importantes para meu crescimento profissional.	
2. Consegui refletir sobre novas formas de qualificar o meu trabalho.	
3. Os objetivos das oficinas foram alcançados.	
4. Os conteúdos das oficinas podem ser aplicados na prática.	
5. Essas oficinas contribuíram para melhorar minhas atividades diárias.	
6. Não sei como utilizar o conteúdo abordado na minha prática profissional.	
7. O conteúdo abordado contribuirá para melhorar meu desempenho profissional.	
8. O conteúdo abordado correspondeu aos objetivos propostos para as oficinas.	
9. O conteúdo abordado foi adequado às minhas necessidades.	

10. Fiquei a vontade para me expressar durante a oficina.					
11. Houve interação entre os participantes.					
12. A discussão ocorreu numa sequência lógica.					
13. Não tive dificuldades para compreender o conteúdo abordado.					
DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM DISCORDO NEM CONCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE	
1	2	0	3	4	
14. O instrutor demonstrou ter conhecimento a respeito do conteúdo.					
15. As oficinas foram úteis para eu desenvolver novas habilidades.					
16. Sinto-me mais preparado para o exercício profissional.					
17. O instrutor demonstrou respeito às manifestações dos participantes.					
18. O instrutor demonstrou interesse na aprendizagem dos participantes.					
19. O instrutor foi objetivo em suas explicações.					
20. O instrutor conduziu a oficina com segurança.					
21. Eu estava interessado em participar da oficina.					
22. O tema abordado não é importante para minha prática.					
23. Os objetivos das oficinas corresponderam às necessidades da prática.					
24. A carga horária foi suficiente para as discussões propostas.					
25. O tempo dedicado às atividades práticas foi suficiente.					

Instrumento adaptado da tese de livre docência de Vera Lúcia Mira (Mira, VL. Avaliação de programas de treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermagem de dois hospitais do município de São Paulo. Tese de livre docência da Universidade de São Paulo- São Paulo, 2010.

APÊNDICE B – AVALIAÇÃO DE IMPACTO

Prefeitura do
Município de
Sorocaba

Universidade de São Paulo
Brasil

Avaliação de Impacto

Participante (código) - _____

Pesquisa - Implantação e avaliação de programa educativo conforme diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Responda aos itens abaixo, conforme a sua avaliação das oficinas realizadas e a influência delas na sua rotina de trabalho.

Não há resposta certa ou errada, o que vale é a sua opinião sincera a respeito dos itens.

Leia atentamente o conteúdo dessas afirmativas e avalie o quanto cada uma delas descreve o que você pensa a respeito do impacto exercido pelas **oficinas de Educação Permanente em saúde** no trabalho que você realiza, considerando, para tal, o período transcorrido desde o término da mesma até a data de hoje. Pense também no apoio que vem recebendo para usar no seu trabalho o que aprendeu na oficina. Para responder a cada questão, escolha o ponto da escala que melhor descreve a sua situação e escreva o número correspondente.

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM DISCORDO NEM CONCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	0	3	4
26. Utilizo com frequência em meu trabalho atual, o que foi discutido nas oficinas.				
27. Aproveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que foi discutido nas oficinas.				
28. Recordo-me das discussões feitas nas oficinas.				

29. Quando aplico o que aprendi nas oficinas, executo meu trabalho com maior rapidez e melhor resultado.	
30. A qualidade do meu trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao tema das oficinas.	
31. A qualidade do meu trabalho melhorou mesmo naquelas atividades que não pareciam estar relacionadas ao tema das oficinas.	
32. Minha participação nas oficinas serviu para aumentar minha motivação para o trabalho.	
33. Minha participação nessas oficinas aumentou minha auto-confiança. (Agora tenho mais confiança na minha capacidade de executar meu trabalho com sucesso).	
34. Após minha participação nas oficinas, tenho sugerido, com mais frequência, mudanças nas rotinas de trabalho.	
35. Essas oficinas que fiz tornaram-me mais receptivo a mudanças no trabalho.	
36. As oficinas que fiz beneficiaram meus colegas de trabalho.	

Instrumento adaptado da dissertação de mestrado de Lucélia Ferreira Lima Bastos (Bastos, Lucélia Ferreira Lima. **Avaliação de reação, aprendizagem e impacto de treinamento em um hospital do município de São Paulo**. 2012. Dissertação (Mestrado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Carla Garcia Gomes Lecca, pós-graduanda da Escola de Enfermagem da USP, juntamente com minha orientadora Vera Lucia Mira e a pesquisadora Gabriela Rodrigues Zinn, convidamos você a participar do meu trabalho de Mestrado que é continuação da pesquisa “Educação Permanente em Saúde: de diretriz política a uma prática possível”, que desenvolveu um programa educativo a partir da análise das necessidades dos profissionais dos equipamentos Municipais de Saúde de Sorocaba. Nesta etapa, a finalidade é realizar e avaliar a ação educativa desenvolvida, visando verificar se haverá transformações no ambiente de trabalho.

Sua participação é voluntária e consiste em integrar uma das equipes de discussão e implementação dessa ação educativa. Estão previstos três encontros, durante as reuniões de equipe dos dias 27 de março (equipe branca), 30 de março (equipe pink), 31 de março (equipe laranja), 01 de abril (equipe roxa), 27 de maio (todas as equipes) e, a programar, um encontro em julho (todas as equipes). Essas discussões serão gravadas para posterior análise de uso exclusivo para esta pesquisa.

O presente estudo não trará nenhum risco a sua integridade física ou moral. As informações aqui prestadas são confidenciais e os dados serão tratados de forma sigilosa e anônima. Os resultados serão divulgados nesta Instituição e em eventos e revistas científicas.

Se concordar em participar da pesquisa, você deverá assinar e datar as duas cópias deste Termo, uma cópia ficará com você e a outra com a pesquisadora. Você poderá ter acesso às informações, esclarecer dúvidas ou retirar-se da pesquisa, a qualquer momento, sem nenhum ônus a sua pessoa.

Eu, _____,
após ter sido suficientemente esclarecido, aceito espontaneamente participar deste estudo.

Sorocaba, ____/____/2015

Assinatura do participante do estudo

Profª Carla Garcia Gomes Lecca
Pesquisadora responsável
Escola de Enfermagem da USP
carlalecca@usp.br Fone: (15) 997823353
Comitê de Ética em Pesquisa
Escola de Enfermagem USP
edipesq@usp.br tel: (11) 30617548

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Carla Garcia Gomes Lecca, pós-graduanda da Escola de Enfermagem da USP, juntamente com minha orientadora Vera Lucia Mira e a pesquisadora Gabriela Rodrigues Zinn, convidamos você a participar do meu trabalho de Mestrado que é continuação da pesquisa “Educação Permanente em Saúde: de diretriz política a uma prática possível”, que desenvolveu um programa educativo a partir da análise das necessidades dos profissionais dos equipamentos Municipais de Saúde de Sorocaba. Nesta etapa, a finalidade é realizar e avaliar a ação educativa desenvolvida, visando verificar se haverá transformações no ambiente de trabalho.

Sua participação é voluntária e consiste em integrar a equipe de discussão e implementação dessa ação educativa. Estão previstos dois encontros, durante as reuniões de equipe. Essas discussões serão gravadas para posterior análise de uso exclusivo para esta pesquisa.

O presente estudo não trará nenhum risco a sua integridade física ou moral. As informações aqui prestadas são confidenciais e os dados serão tratados de forma sigilosa e anônima. Os resultados serão divulgados nesta Instituição e em eventos e revistas científicas.

Se concordar em participar da pesquisa, você deverá assinar e datar as duas cópias deste Termo, uma cópia ficará com você e a outra com a pesquisadora. Você poderá ter acesso às informações, esclarecer dúvidas ou retirar-se da pesquisa, a qualquer momento, sem nenhum ônus a sua pessoa.

Eu, _____,
após ter sido suficientemente esclarecido, aceito espontaneamente participar deste estudo.

Sorocaba, ____/____/2015

Assinatura do participante do estudo

Profª Carla Garcia Gomes Lecca
Pesquisadora responsável
Escola de Enfermagem da USP
carlaecca@usp.br Fone: (15) 997823353

Comitê de Ética em Pesquisa
Escola de Enfermagem USP
edipesq@usp.br tel: (11) 30617548

ANEXO

ANEXO 1 – PLANEJAMENTO PARA AÇÃO EDUCATIVA

Planejamento para ação educativa (Zinn, 2015)

Problema identificado: Comunicação prejudicada no ambiente de trabalho		
Características do problema (exemplos do cotidiano que caracterizam o problema): Informações não compartilhadas / Ausência de espaços de diálogo / Comunicação inadequada / Falta de ética / Posturas inadequadas		
Modalidade de ensino: Presencial	Facilitadores: Pesquisadoras	Carga Horária: 8 horas divididas em quatro encontros semanais
Público alvo: Profissionais de saúde e usuários do serviço de saúde		
Objetivo Geral (resultado esperado ao final da intervenção): Atingir comunicação efetiva no ambiente de trabalho entre a equipe, entre gestores e trabalhadores e entre trabalhadores e usuários.		
Objetivos (passos para atingir o objetivo geral): 1. Comunicar-se de modo respeitoso e ético 2. Diminuir falhas de comunicação escrita e oral 3. Definir e construir meios e instrumentos para melhorar a comunicação (estratégias e ações definidas pelo grupo focal); 4. Construir plano de ação nas unidades para melhorar a comunicação; 5. Construir instrumentos ou critérios para acompanhamento e avaliação da comunicação no ambiente de trabalho.	Específicos	Estratégias: – Exposição dialogada dos conteúdos teóricos; – Dinâmicas sobre comunicação; – Oficinas em grupos para problematização das situações reais apontadas no grupo focal, com proposição de medidas para resolução.
Avaliação: Instrumento (a ser construído) elencando os problemas identificados e os objetivos específicos da ação educativa, para os quais, os participantes responderão o quão frequentes ou graves percebem os problemas no ambiente de trabalho. Será aplicado antes e três meses após a ação educativa.		
Conteúdo programático (saberes necessários): - Aspectos teóricos e metodológicos da Comunicação: comunicação não verbal, verbal e escrita; princípios da comunicação como instrumento de qualidade no trabalho; - Contextualização e discussão dos resultados da avaliação de necessidades educativas.		