

SILVIA DE SOUZA ROLIM

**Gestão assistencial e a educação permanente: perspectivas no contexto
hospitalar**

São Paulo
2022

SILVIA DE SOUZA ROLIM

**Gestão assistencial e a educação permanente: perspectivas no contexto
hospitalar**

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Formação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Cervato Mancuso

São Paulo
2022

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Rolim, Silvia de Souza.

Gestão assistencial e a educação permanente: perspectivas no contexto hospitalar / Silvia de Souza Rolim; orientadora Ana Maria Cervato Mancuso . -- São Paulo, 2022.

102 p. : fig. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original.

1. Educação Continuada. 2. Desenvolvimento de Pessoal. 3. Gestão em Saúde. 4. Assistência Hospitalar. 5. Teoria Fundamentada. I. Mancuso, Ana Maria Cervato. II. Título.

Fábio Jastwebski – Bibliotecário - CRB8/5280

Rolim SS. Gestão assistencial e a educação permanente: perspectivas no contexto hospitalar. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: / /2022

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Ana Maria Cervato Mancuso, que esteve sempre presente com sua calma e disposição me orientando nesta pesquisa. Seus conselhos e pontuações foram determinantes para a realização deste trabalho.

À Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva e à Profa. Dra. Fernanda Campos de Almeida Carrer pelas valiosas contribuições dadas para a pesquisa no exame de qualificação.

Aos meus pais, Marlene e Horacio, e minhas irmãs, Denise e Mariana, de quem eu trago a veia educativa. São meus exemplos e inspirações! Sem vocês por perto nada seria possível.

Ao João Vicente. Meu companheiro de vida, de amor, de histórias, por sua compreensão e apoio durante toda essa trajetória, acreditando e me encorajando a buscar o melhor de mim sempre.

Às amigas e aos amigos que me incentivaram durante todo o percurso, em especial à Flávia, Marina e Paola, que foram as responsáveis pelo primeiro passo nessa jornada, e à Cibele, Natasha e Renan pelas sugestões e contribuições no produto educacional.

Aos professores e colegas do Mestrado Profissional pelas trocas e incentivos durante todo o programa.

Aos participantes da minha pesquisa, por dedicarem um pouco de seu precioso tempo para compartilharem comigo suas vivências e impressões, com muita abertura e interesse.

*“Ninguém é tão grande que não possa aprender, nem
tão pequeno que não possa ensinar”*

Esopo

RESUMO

Rolim SS. Gestão assistencial e a educação permanente: perspectivas no contexto hospitalar [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Versão Original.

Introdução: A formação e capacitação dos profissionais de saúde estão relacionadas à qualidade da assistência prestada e, portanto, requerem atenção e melhorias contínuas. A educação permanente, como proposta de transformação das práticas por meio da aprendizagem significativa, possui importante papel no desenvolvimento desses profissionais. Na função de gerenciar as demandas dos serviços de saúde, os gestores atuantes na assistência hospitalar devem articular essas necessidades com o desenvolvimento de sua equipe, utilizando a educação permanente como um importante aliado para tal. **Objetivo:** Analisar a percepção de gestores de unidades assistenciais de um hospital público sobre o processo de educação permanente e elaborar um produto educacional para apoio desses gestores na realização da educação permanente com sua equipe. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa de caráter exploratório conduzida pelo referencial metodológico da Teoria Fundamentada. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas feitas com 17 gestores de unidades assistenciais de um hospital de grande porte da cidade de São Paulo. **Resultados e Discussão:** Foram identificadas 3 categorias: “Olhar para o processo de desenvolvimento”, “Barreiras para que o desenvolvimento ocorra” e “Estratégias para engajamento da equipe”. A análise e cruzamento entre elas permitiu chegar ao modelo teórico do estudo: “Gestor identifica a importância da educação na assistência e busca estratégias para superar as dificuldades encontradas ao aplicá-la”. Esta teoria reflete a valorização dada pelo gestor à educação, visando a garantia da qualidade da assistência prestada por sua equipe, e evidencia a dificuldade que possuem para colocar em prática ações educativas, por mais que tenham iniciativas em seus respectivos setores. Dentre as estratégias para motivação observa-se a importância da gestão participativa, envolvendo os profissionais na identificação e planejamento de demandas e incentivando a refletirem sobre suas práticas. As metodologias escolhidas também influenciam, sendo as ativas uma forma engajar os profissionais nas atividades e estimular a problematização, presente na educação permanente. Entretanto, as estratégias não são suficientes para superar as dificuldades como a sobrecarga de trabalho das equipes e dos gestores, os quais não conseguem praticar a educação permanente, e como a deficiência na capacitação dos gestores no desenvolvimento de sua área. O conceito de educação permanente

em saúde não é claro aos gestores, o que pode interferir diretamente nas ações por eles desenvolvidas. **Conclusão:** As ações educacionais realizadas dentro de instituições de saúde ainda necessitam de aprimoramento para que tragam resultados efetivos. O papel do gestor neste processo é de extrema importância e precisa ser incentivado. Por este motivo, foi elaborado o material “Guia para Ação: a Educação Permanente em Saúde no seu dia a dia” para utilização pelos gestores de forma que possa minimizar as barreiras encontradas por eles ao realizar a educação permanente com sua equipe.

Palavras-chave: Educação Continuada. Desenvolvimento de Pessoal. Gestão em Saúde. Assistência Hospitalar. Teoria Fundamentada.

ABSTRACT

Rolim SS. Care management and permanent education: perspectives in the hospital context [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Original version.

Introduction: Training and development of health professionals are related to the quality of care provided and, therefore, require attention and continuous improvement. Permanent education, as a proposal for the transformation of practices through meaningful learning, plays an important role in the development of these professionals. In the role of managing the demands of health services, managers working in hospital care must articulate these needs with the development of their team, using permanent education as an important ally for this purpose.

Objective: To analyze the perception of managers of care units of a public hospital on the process of permanent education and to develop an educational product to support these managers in carrying out permanent education with their team. **Methodology:** Qualitative research of an exploratory nature conducted by the methodological framework of the Grounded Theory. Data were obtained through semi-structured interviews with 17 managers of care units at a hospital in São Paulo city. **Results and Discussion:** 3 categories were identified: “Looking at the development process”, “Barriers for development to occur” and “Strategies for team engagement”. The analysis and cross-referencing between them allowed to arrive at the theory of the study: “Manager identifies the importance of education in care and seeks strategies to overcome the difficulties encountered when applying it”. This theory reflects the value given by the manager to education, aiming to guarantee the quality of care provided by their team, and highlights the difficulty they have to put educational actions into practice, even though they have initiatives in their respective sectors. Among the strategies for motivation, the importance of participatory management is observed, involving professionals in the identification, and planning of demands, and encouraging them to think about their practices. The chosen methodologies also influence, being the actives ones a way to engage professionals in the activities and stimulate problematization, present in permanent education. However, the strategies are not enough to overcome difficulties such as the work overload of teams and managers, who are unable to practice permanent education, and in manager’s lack of knowledge in the development of their area. The concept of permanent health education is not clear to managers, which can directly interfere in the actions developed by them. **Conclusion:** The educational actions carried out within health institutions still need improvement to bring

effective results and the role of the manager in this process is extremely important and needs to be encouraged. For this reason, the material “Guide to action: the Permanent Health Education in your daily life” was prepared for use by managers to minimize the barriers encountered by them when carrying out permanent education with their team.

Keywords: Continuing Education. Personnel Development. Health Management. Hospital Assistance. Grounded Theory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 3.1 - Diagrama de coleta de dados	32
Quadro 3.1 - Caracterização dos participantes.....	33
Quadro 3.2 - Exemplo de análise de uma subcategoria	37
Figura 4.1 - Categoria “Olhar para o processo de desenvolvimento” e suas subcategorias.	39
Figura 4.2 - Categoria “Barreiras para o que o desenvolvimento ocorra” e suas subcategorias.....	47
Figura 4.3 - Categoria “Estratégias para engajamento da equipe” e suas subcategorias.....	54
Figura 4.4 - Relação entre as categorias e o modelo teórico do estudo.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
EC	Educação Continuada
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
NHS	National Health Service
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEPS	Polos de Educação Permanente em Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRO EPS-SUS	Programa para Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	29
2.1	OBJETIVO GERAL	29
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3	METODOLOGIA	31
3.1	CONTEXTO DA PESQUISA	32
3.1.1	Caracterização dos participantes do estudo	33
3.2	COLETA DE DADOS	34
3.3	ANÁLISE DOS DADOS E CONSTRUÇÃO DA TEORIA	35
3.3.1	Codificação aberta	36
3.3.2	Codificação axial	36
3.3.3	Codificação seletiva	37
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	38
4	RESULTADOS	39
4.1	CATEGORIA: OLHAR PARA O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO	39
4.1.1	Atualização contínua do profissional	40
4.1.2	Treinamento para mostrar e reforçar rotinas	41
4.1.3	Educação para e na prática	43
4.1.4	Envolvimento no processo	44
4.1.5	Administrador do desenvolvimento	45
4.2	CATEGORIA: BARREIRAS PARA QUE O DESENVOLVIMENTO OCORRA	46
4.2.1	Dificuldade para atuar no desenvolvimento	47
4.2.2	Capacitação do gestor para o desenvolvimento	48
4.2.3	Atividades não geram resultado	50
4.2.4	Priorização da assistência ao treinamento	51
4.2.5	Equipe não tem interesse em aprender	52
4.3	CATEGORIA: ESTRATÉGIAS PARA ENGAJAMENTO DA EQUIPE	53
4.3.1	Estimular e favorecer o desenvolvimento	54
4.3.2	Relação entre gestor e equipe	56
4.3.3	Escolhas que envolvem a equipe no treinamento	57
4.3.4	Atribuir significância às ações propostas	58
4.4	MODELO TEÓRICO: GESTOR IDENTIFICA A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO NA ASSISTÊNCIA E BUSCA ESTRATÉGIAS PARA SUPERAR AS DIFICULDADES ENCONTRADAS AO APLICÁ-LA	59
5	DISCUSSÃO	63
6	CONCLUSÕES	71

REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista	79
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81
APÊNDICE C - Produto educacional desenvolvido	85
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	99

1 INTRODUÇÃO

A qualidade da assistência em saúde tem sido relacionada à qualificação de seus profissionais uma vez que estes são os responsáveis pelo cuidado praticado ao indivíduo.

São os profissionais dos serviços de saúde que cuidam, tratam, aliviam dores e trabalham a promoção da saúde e a prevenção de doenças, fazendo a ponte entre o conhecimento e as ações de saúde (1).

Tendo a assistência à saúde como as ações “para o atendimento das demandas pessoais, individuais e coletivas, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar” (2, p. 20), uma única definição de sua qualidade é difícil de ser realizada. Entretanto, é possível notar o benefício que é proporcionado aos usuários dos serviços de saúde à medida que a gestão da qualidade é organizada na instituição (3).

No final do século XX, foram relacionados diversos impactos negativos que um sistema de saúde mal organizado e/ou conduzido pode gerar na saúde dos indivíduos, sendo eles danos físicos, sofrimentos desnecessários, desigualdade nos direitos básicos, entre outros (4). O desempenho destes sistemas de saúde, ou seja, instituições e organizações dedicadas a ações em saúde, afeta a qualidade de vida de seus usuários (4).

Instituições mais preparadas, com processos mais estruturados, irão certamente assegurar a esses clientes garantias de melhor assistência e, portanto, um restabelecimento de saúde com práticas mais definidas e disseminadas na instituição, pois implica também preparar os profissionais, por meio de capacitação e desenvolvimento contínuos, humanização no tratamento com usuários, competência técnica e prazer em fazer parte da equipe que integra (3, p. 329).

Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1) uma equipe de saúde apresenta um bom desempenho quando “trabalha de maneira responsiva, justa e eficiente para alcançar os melhores resultados de saúde possíveis, dados os recursos e as circunstâncias disponíveis” (p. 67). São listados como fatores de interferência no desempenho, as características da população atendida, da estrutura do sistema de saúde no qual se encontram e dos próprios profissionais de saúde. Neste último é levado em conta a formação, tempo de experiência, conhecimentos específicos e motivação pessoal dos profissionais (1).

O cuidado prestado ao paciente é influenciado positivamente por um ambiente de trabalho que favoreça a motivação dos profissionais e a oferta de oportunidades para sua educação e desenvolvimento profissional (5). Um ambiente saudável, com uma supervisão

consistente, humana e educativa, incluindo, portanto, elementos sociais, culturais e emocionais aos organizacionais, e dando suporte para sua equipe realizar o seu trabalho, promoverá a satisfação e retenção profissional, contribuindo para melhoria do desempenho do serviço (1,6).

Entretanto, em uma realidade onde o profissional encontre dificuldades organizacionais para exercer a sua melhor prática, a formação inicial tem papel importante para que, em ambientes que encontrem adversidades, os profissionais saibam enfrentar os problemas garantindo a atenção à saúde (7).

Essa influência da formação de profissionais de saúde foi evidenciada por um grupo chinês que, avaliando a satisfação ao serviço prestado de 5.786 pacientes, a partir de questionário específico, e, comparando com o nível de escolaridade de 9.688 enfermeiros, observou a associação entre a maior qualificação dos profissionais com experiências positivas no atendimento hospitalar recebido (8). Nesse estudo, as experiências se referiam a itens como a comunicação entre paciente e equipes, a capacidade de resposta quando solicitada ajuda e o controle de dor. No Brasil foi igualmente feita associação na atenção primária em saúde, com melhor desempenho na avaliação da equipe pelos usuários, onde a qualificação dos profissionais de saúde era superior (9). O formulário aplicado neste caso observou, entre outros, o primeiro contato do paciente com o serviço, a continuidade e integralidade do cuidado e orientações recebidas. Em outro estudo, também na atenção primária, foi realizada uma avaliação semelhante da qualidade da assistência. Agora respondida por médicos e enfermeiros, evidenciou-se que a maioria (>85%) destes profissionais referiu que capacitações (eventos e cursos de curta e média duração) contribuíram para o aperfeiçoamento de suas práticas (10).

Com o aumento de atividades múltiplas e complexas em saúde, que demandam conhecimentos específicos, fica cada vez mais evidenciada a importância da formação e da capacitação profissional (8,9). A OMS (1) chama a atenção para a preparação das escolas, faculdades e universidades na formação dos profissionais de saúde, com o currículo como um importante incentivador para mudanças e inovações nas práticas de saúde. A qualificação dos profissionais ao final da graduação deve então ser observada para que os mesmos possam ser inseridos de maneira adequada no mercado de trabalho (11). Entretanto, a referida organização alerta sobre o fato de as instituições de ensino não conseguirem atender às demandas atuais e tampouco se antecipar e se preparar aos desafios que estão por vir (1).

O Serviço de Saúde da Inglaterra (*National Health Service - NHS*), em 2012, elaborou um documento com objetivo de promover melhorias no seu sistema de educação em saúde e para acompanhar essas mudanças que emergem constantemente (12). A finalidade desta iniciativa foi identificar e se antecipar às dificuldades que as equipes de saúde possam encontrar

em seus ambientes de trabalho e, desta forma, melhorar como um todo o serviço de saúde ofertado.

A partir deste documento, o *NHS* desenvolveu um *framework*¹ para observar os resultados das ações educativas (*Education Outcomes Framework*) (13). Este modelo verifica o desenvolvimento que foi realizado com os profissionais de saúde e o impacto gerado na qualidade e na segurança do serviço prestado. A evidência de qualidade é apoiada na experiência que o usuário apresenta ao utilizar o serviço, bem como na efetividade e na segurança da assistência prestada (13). Desta forma, os ingleses têm por finalidade garantir que todos os profissionais atuantes em serviços de saúde possuam as competências e o desenvolvimento adequado para prestar um serviço de excelência, mostrando como a educação influencia na assistência (12).

A competência é “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles” (14, p. 7). São vários os recursos cognitivos articulados na manifestação de uma competência, sendo preciso ir além da integração e mobilização dos conhecimentos para a reflexão e para o desenvolvimento de habilidades daquela prática (14).

Na área da saúde, é ressaltada a importância da estruturação das competências articulando

[...] os diferentes saberes para construção de uma prática profissional pautada não somente na aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, mas também em atitudes pessoais e relacionais que visem à construção de um projeto comum para a transformação da realidade em saúde (7, p. 39).

Isto está em concordância com os quatro pilares da educação, onde há estreita ligação entre o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a ser e o aprender a viver junto (15). Os autores dos pilares indicam que, unindo as características desses elementos, o indivíduo é capaz de compreender e responder a diferentes situações do dia a dia, agindo de forma autônoma, crítica e responsável, sendo capaz de se comunicar e trabalhar em colaboração com os demais profissionais.

Considerando o alto investimento financeiro exigido em recursos humanos, que gira em torno de dois terços do total das despesas, os sistemas de saúde dependem dos conhecimentos e das habilidades de seus profissionais para um bom funcionamento de seus serviços (4).

¹ *Frameworks* são modelos utilizados na orientação para a prática e no processo de decisões (16).

Dentre as práticas e características elencadas pelo *NHS* para alcançar a esperada qualidade na saúde, está, entre outros, a presença da formação de qualidade dos profissionais, da receptividade dos mesmos a inovações tecnológicas e a novas práticas, e da qualificação dos profissionais com as competências que surjam, conforme necessidades específicas do serviço (13). Os profissionais devem ser preparados em suas graduações com habilidades para aprenderem ao longo da vida, sabendo que, logo ao se formarem, não terão todos os conhecimentos que precisarão para a atuação (1).

Alguns *frameworks* apresentam a importância do desenvolvimento da força de trabalho para que a prática clínica ocorra de maneira adequada, em um ambiente seguro e com qualidade (6,13,17,18). Cada um deles descreve pilares essenciais que os sustentam, sendo a educação comum a todos eles. Esses modelos reforçam que os profissionais devem ter acesso à educação adequada e contínua, garantindo as competências certas para levar o serviço de saúde à excelência.

O conhecimento evolui muito rapidamente, sendo o processo de aprendizagem possível e favorecido em todas as experiências vividas (15). No ambiente de trabalho é importante associar as competências profissionais em todos esses momentos, favorecendo a integração dos conhecimentos, habilidades e atitudes para atuação em diferentes cenários (7).

Desta forma, é necessário que a educação vá além da graduação, de forma que os profissionais possam atuar de maneira segura e garantindo a resolubilidade do sistema (19). Os responsáveis pelos serviços devem garantir o acesso dos profissionais aos recursos de desenvolvimento de suas competências, além de se certificarem que os programas de educação planejados estão alinhados às necessidades do serviço e da população local (6,12).

Esse desenvolvimento aparece na literatura sob diferentes designações que,

embora se refiram às práticas educativas para o trabalhador inserido no serviço, apresentam diferenciações metodológicas que refletem uma diferença de conceituação sobre o processo de ensino-aprendizagem (20, p. 754).

Os termos “Educação Continuada” (EC) e “Educação Permanente” (EP) geram comparações nos debates sobre a educação dos profissionais de saúde (21).

A EC, definida como “processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador” (22, p. 22), utiliza metodologias do ensino tradicional, com período determinado para ocorrer (23). Com foco na atualização, ela geralmente possui certa distância do conhecimento com a prática, e é centrada em uma categoria profissional (21). A EC vai de encontro à concepção bancária Freiriana, onde o conhecimento é transmitido entre o

educador e o educando de forma que o conteúdo seja memorizado para ser repetido, sem conexão com a realidade e, portanto, sem valorização das experiências de quem aprende (24).

Na década de 80, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) já chamava atenção para uma educação praticada de forma defasada e desconexa com a realidade das instituições de saúde (25). A partir disso, a mencionada organização propôs, então, que se chamasse de EP os processos educativos que tivessem o trabalho como o centro da aprendizagem.

Portanto, contrastando com a EC, onde os saberes e habilidades eram ofertados de fora para preencher as deficiências, a EP utiliza o ambiente de trabalho para buscar as soluções dos problemas que surgem e, assim, gerar conhecimento (26). Em uma educação problematizadora, a consciência do indivíduo aflora permitindo a reflexão crítica da realidade (24).

No Brasil, a Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores por meio da EP (27). Esta Portaria propõe 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 (p. 8).

A EP incorpora, então, o ensino ao dia a dia das instituições com enfoque estratégico e ampliação dos atores envolvidos, evitando a fragmentação e englobando na discussão todas as categorias profissionais, bem como associações e a comunidade (21,26).

A necessidade do envolvimento de todos os atores neste processo é reforçada por meio do Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde. Composto pelo Ensino, Gestão Setorial, Práticas de Atenção e Controle Social, o quadrilátero recomenda (28, p. 59)

construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia in acto) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente).

Para realizar a gestão e articulação regional da Educação Permanente em Saúde (EPS), foram criados Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) a fim de discutir o

desenvolvimento das equipes de saúde e se comprometendo com o registro das práticas implementadas (27,29).

O Pacto pela Saúde, divulgado pela Portaria nº 399/2006 e considerando as necessidades de saúde da população e de regionalização e descentralização do SUS, estabelece a *educação na saúde*² como parte das Diretrizes para Gestão do SUS (30). O referido pacto considera a EP essencial no papel de formação e desenvolvimento de equipes de saúde para a qualificação do SUS, e avança com a implementação da PNEPS.

No ano seguinte desta Portaria, é publicada a Portaria GM/MS nº 1996/2007 (31) que definiu as diretrizes e estratégias para implementação da PNEPS, adequando ao regulamentado pelo Pacto pela Saúde e “considerando a responsabilidade constitucional do SUS de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico” (parágrafo 3º). Esta Portaria substituiu os PEPS pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) que, trabalhando junto ao Colegiado de Gestão Regional, são responsáveis pela formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS. A composição das CIES deve ser feita por gestores estaduais e municipais de saúde e de educação, trabalhadores do SUS, instituições de ensino e movimentos sociais (31) e se aproxima, portanto, do Quadrilátero de Formação para a Área da Saúde proposto em 2004 (28).

Desde a sua implementação, algumas ações têm sido articuladas à PNEPS para fortalecê-la, como o Laboratório de Inovação em Educação na Saúde com foco na EPS, a Educação Interprofissional em Saúde (EIP), o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) e o Programa para Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS (PRO EPS-SUS) (23).

A EIP possui aspectos muitos semelhantes à EPS no que diz respeito à valorização dos diferentes saberes profissionais, no compromisso com as necessidades dos usuários e na constante reflexão sobre as formas de trabalho e de formação profissional e podem, assim, fortalecer juntas o processo de mudança das práticas em saúde no SUS (32).

Outra ação implementada pelo Ministério da Saúde na Atenção Básica (AB) e que merece destaque, é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (33). A fim de garantir o acesso e a qualidade da assistência na AB, este programa busca o desenvolvimento dos trabalhadores ofertando estratégias de EP, incorporando as percepções e necessidades da população.

² *Educação na saúde* é a “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde” (22, p. 22)

Dentro dos princípios e diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS, da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), está a exigência da formação de pessoal específica para a qualidade da atenção à saúde, contemplando a formação de gestores para que possam suspender alguns padrões atuais de gestão (34). A NOB/RH-SUS pontua que é de responsabilidade dos gestores do SUS garantir, entre outros, a implementação da EP para trabalhadores de todos os níveis de escolaridade.

No PMAQ-AB, a EP é considerada uma importante “estratégia de gestão” por promover mudanças nos serviços e por “potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na AB, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano” (33, p. 46).

A gestão de pessoas, dentre algumas atividades, tem o compromisso com o contínuo desenvolvimento no seu espaço de trabalho, sendo que a EP é um dos pilares de sustentação (35). O gestor deve articular entre os problemas encontrados e a adoção de estratégias para transformar o processo de trabalho, sabendo que não serão todas as dificuldades que serão solucionadas com intervenções educativas (11).

A partir de lacunas nas competências dos profissionais é que devem ser desenvolvidas ações para a adequada qualificação, mediante uso de estratégias que permitam discussão e reflexão (11,19). Desse modo, as necessidades da equipe é que levarão à escolha da abordagem educacional mais apropriada (1).

O espaço da EP, considerado então como uma ferramenta para mudanças, deve ser contínuo, para que os profissionais exercitem o poder de reflexão e o incorporem na sua tomada de decisões diária que, normalmente, não ocorre de forma reflexiva (36). No campo da saúde, a multiplicidade dos processos de saúde-doença e a intersubjetividade no trabalho ampliam as oportunidades da educação dos profissionais para além da execução de técnicas, com espaço para uma discussão multiprofissional sobre as melhores práticas de saúde (37).

O uso da problematização e contextualização da realidade, com a adoção de pedagogias inovadoras e estímulo a esse pensamento crítico, está cada vez mais evidenciado na literatura, embora o comprometimento de profissionais e gestores com a EP ainda precise ser aprimorado (38). Isto porque, possivelmente, um “desafio da educação permanente é estimular o desenvolvimento da consciência nos profissionais sobre o seu contexto, pela sua responsabilidade em seu processo permanente de capacitação” (19, p. 850).

Nesse sentido, o papel do superior imediato ao profissional é visto como essencial para garantir oportunidades de desenvolvimento contínuo, sendo de extrema relevância que a

identificação e o planejamento do aprimoramento de necessidades individuais de aprendizagem de um profissional seja feita em conjunto com o mesmo (17). É o momento em que o gestor e o profissional podem buscar estratégias para melhora do seu desempenho, e ou da equipe, de forma simples e eficaz (1).

Assim, a OMS reforça que a formação contínua da equipe de saúde, bem como o seu adequado gerenciamento são fatores que contribuem para bons resultados na assistência prestada (1). Ao reconhecer as necessidades de desenvolvimento de sua equipe com o foco nos resultados, o gestor favorece a atuação apropriada dos profissionais, dentro de suas competências com conduta e ética profissional (12).

A PNEPS prevê algumas questões acerca das responsabilidades da gestão na área da educação na saúde, nas esferas Municipal, Estadual e Federal. Ao apontar os processos relativos à EP é questionada a participação do gestor na formulação, incentivo e apoio para a sua implementação. Já as observações referentes à promoção e integração dos processos de capacitação e desenvolvimento dos recursos humanos à política de EP, indagam sobre como o gestor acompanha e avalia as ações educativas, observando se há alterações no processo de trabalho. É observado como ele responde às demandas de educação feitas e se há o envolvimento dos profissionais de saúde na construção e encaminhamento dessas solicitações (39).

A capacitação das equipes para prática da EP, sua programação e gestão dos projetos são necessárias para garantir a sustentabilidade das ações no serviço (21). Entretanto, tem sido apontada uma deficiência dessa qualificação, como sugerem os estudos a seguir.

O conhecimento sobre os conceitos da EP foi avaliado em um estudo que verificou a aplicação da PNEPS a partir do conhecimento sobre a EPS de 15 gestores de um hospital público da cidade de Salvador, Bahia, bem como as ações por eles realizadas (35). Somente foram entrevistados gestores responsáveis pelos treinamentos desenvolvidos no hospital, sendo, do total, 7 gestores diretos de áreas assistenciais. Feita *análise de conteúdo*³ no trabalho, verificou-se que os gestores não souberam referir os componentes da EP, combinando os conceitos de EP aos de EC e *educação em saúde*⁴. As ações educativas realizadas no hospital repercutem da falta de diferenciação entre esses princípios, com intervenções pontuais, sob demanda de metas contratuais e restritas a uma categoria profissional. Alguns gestores

³ A *Análise de Conteúdo* busca sistematizar e descrever o conteúdo das mensagens em significações simples dos temas, permitindo a dedução dos conhecimentos apresentados (40).

⁴ *Educação em saúde* é o “processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde” (22, p. 22).

colocaram, ainda, que o planejamento e a execução da EP sobrecarrega o trabalho deles, o que os faz limitar ao atendimento das demandas que surgem (35).

Outro estudo, ao analisar o conteúdo de 21 entrevistas com gestores municipais de Saúde e coordenadores da AB de uma região de São Paulo, mostrou que a maioria dos entrevistados compreende a EPS como atividades pontuais, como cursos e treinamentos específicos, e tidos pelos gestores como “sem grande impacto para os trabalhadores, gestão ou município” (41, p. 669), corroborando com os resultados do estudo anterior.

Ao explorar a fala dos gestores, os pesquisadores foram capazes de estudar, dentro de cada contexto, os significados dados pelos entrevistados às situações observadas, seus conhecimentos e suas práticas (42), demonstrando a importância da abordagem qualitativa para fundamentar aspectos comportamentais e cognitivos que vão além do conhecimento de um conteúdo (43).

Ainda é preciso compreender melhor como preencher essa lacuna no desenvolvimento dos profissionais de saúde, com aprofundamento das questões já feitas com intuito de entender as dificuldades para a realização da EP e o seu acompanhamento.

Percebe-se que o fortalecimento entre a gestão e a EP é capaz de proporcionar um ambiente motivacional e construtivo para a equipe de saúde, provocando melhorias na assistência prestada (1,5).

Em um ambiente hospitalar, onde o cenário de alta complexidade demanda aprimoramento frequente de competências específicas que contribuam para assistência de qualidade, é clara a necessidade de investimento para estratégias de desenvolvimento profissional (44).

Considerando o exposto, verifica-se a importância da atuação dos gestores nesse desenvolvimento para qualificação da assistência à saúde. Neste sentido, a finalidade do presente estudo é contribuir com uma estrutura teórica que explique como é feito esse processo fornecendo elementos para o fortalecimento da EP.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção de gestores de unidades assistenciais de um hospital público sobre o processo de educação permanente.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a atuação do gestor no desenvolvimento dos seus colaboradores
- Identificar as potencialidades e as fragilidades na participação dos colaboradores nas atividades de EP, na percepção do gestor
- Identificar o conceito que o gestor possui sobre educação permanente
- Elaborar uma teoria sobre o entendimento da educação permanente pelos gestores, da sua atuação e dos fatores que interferem nesse processo
- Elaborar um produto educacional para apoio de gestores assistenciais no processo de educação permanente de sua equipe

3 METODOLOGIA

No presente trabalho foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório com utilização do método da Teoria Fundamentada.

A pesquisa qualitativa estuda a subjetividade atribuída por diferentes indivíduos a uma situação comum (42). Para compreender as particularidades de cada vivência é preciso conhecer o seu contexto natural e, então, analisando e refletindo sobre as experiências e seus desdobramentos, é possível detalhar como grupos e/ou indivíduos estão agindo e como atribuem sentido aos acontecimentos que ocorrem a eles (45).

A Teoria Fundamentada, *Grounded Theory* em inglês, foi difundida na década de 60 pelos sociólogos norte-americanos Barney Glaser e Anselm Strauss. É um método cuja análise detalhada dos textos possui o intuito de desenvolver, refinar e relacionar os conceitos encontrados e, então, formular uma teoria para explicar o processo estudado (42,46,47).

“O objetivo não é reduzir a complexidade em variáveis, mas, em vez disso, ampliar a complexidade ao incluir o contexto” (42, p. 96). O desenvolvimento de um modelo teórico é uma atividade complexa, sendo o significado de teoria (47, p. 35)

[...] um conjunto de categorias bem desenvolvidas (ex.: temas, conceitos) que são sistematicamente inter-relacionados através de declarações de relação para formar uma estrutura teórica que explique alguns fenômenos relevantes sociais, psicológicos, educacionais, de enfermagem ou outros. As declarações de relação explicam quem, o que, quando, onde, por que, como e com que consequências um fato ocorre.

A tendência desta abordagem é, então, a de “oferecer mais discernimento, melhorar o entendimento e fornecer um guia importante para ação” (47, p. 25).

Nesse sentido, o intuito da pesquisa não foi desenvolver uma opinião coletiva, tampouco apenas analisar individualmente o conteúdo das falas dos gestores através de temas. A proposta foi, a partir da relação entre as ideias e os sentidos manifestados e compartilhados, de construir uma teoria do entendimento da EP pelos gestores de unidades assistenciais hospitalares, da sua atuação e dos fatores que interferem nesse processo.

3.1 CONTEXTO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com os gestores de unidades assistenciais atuantes em um hospital público de grande porte localizado na cidade de São Paulo. Como critérios de inclusão foram adotados:

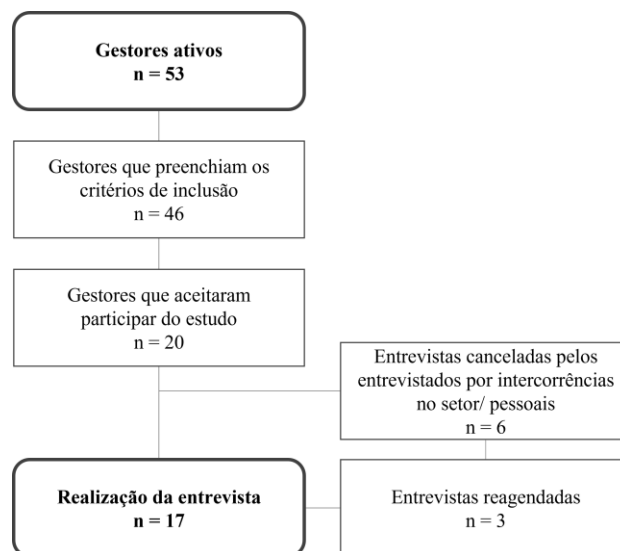
- Ser profissional da área da saúde;
- Ser coordenador de profissionais que prestam assistência direta ao paciente;
- Exercer cargo de coordenação há pelo menos um ano.

Foram excluídos os coordenadores atuantes em plantão administrativo.

O processo de recrutamento se iniciou com uma apresentação do estudo, em pauta de reunião administrativa dos gestores assistenciais. Após a reunião, foi formalizado o convite para participação na pesquisa por meio de *e-mail* institucional, enviado aos 46 gestores que preenchiam os critérios de inclusão. Aqueles que aceitaram o convite (n=20) tiveram suas entrevistas marcadas conforme disponibilidade de agenda. Destas, 6 entrevistas marcadas precisaram ser adiadas por intercorrências no setor ou por motivos pessoais do gestor. Somente 3 delas foram realizadas, uma vez que, com a evolução da coleta de dados, observou-se a saturação dos dados. A saturação teórica ocorre quando não são observados mais dados novos em relação a uma categoria, que já está bem desenvolvida e conectada com as demais (47).

Foram então interrompidos os agendamentos, sendo realizadas, portanto, 17 entrevistas, conforme representado na Figura 3.1.

Figura 3.1 - Diagrama de coleta de dados



3.1.1 Caracterização dos participantes do estudo

Foram entrevistados gestores atuantes em áreas de características diversas, englobando setores clínicos, críticos, ambulatoriais, de imagem e de apoio do hospital. A maioria foi de representantes do sexo feminino (88,2%) e apresentava graduação em enfermagem (64,7%).

Todos os entrevistados possuíam algum tipo de pós-graduação, sendo 41,2% destes gestores com pós-graduação na área de gestão e os demais na área de saúde, relacionado ou não à sua área de atuação atual (Quadro 3.1).

Quadro 3.1 - Caracterização dos participantes

	n	%
Gênero		
Feminino	15	88,2%
Masculino	2	11,8%
Graduação		
Enfermagem	11	64,7%
Nutrição	5	29,4%
Psicologia	1	5,9%
Área da Pós-Graduação*		
Gestão	7	41,2%
Área de atuação	11	64,7%
Outra área de saúde	8	47,1%
Área de atuação		
Ambulatorial	4	23,5%
Imagem	2	11,8%
Unidades Clínicas	3	17,6%
Unidades Críticas	4	23,5%
Diversas e de Apoio	4	23,5%

*9 gestores com pós-graduação em mais de uma área

Fonte: A autora.

Em média, os entrevistados possuíam 6 anos de atuação como gestores e somente 2 possuíam menos de 2 anos de experiência no cargo. As equipes gerenciadas tiveram uma média de 37 pessoas, porém com uma variação grande, de 10 a 72 colaboradores na equipe, além de um gestor que fazia gestão compartilhada de 150 pessoas.

3.2 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e abril de 2021. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas como instrumento de coleta.

“As *entrevistas* podem ser consideradas conversas com finalidade e se caracterizam pela sua forma de organização” (48, p. 261). A forma semiestruturada selecionada para esta pesquisa favorece a expressão de opiniões pelo sujeito de pesquisa, pois possibilita que o entrevistado discorra sobre o tema livremente, sendo o roteiro de entrevista utilizado pelo pesquisador apenas como um guia para que os tópicos discutidos contemplem as informações esperadas para a pesquisa de maneira satisfatória (48).

Para isto, é necessário, portanto, que o entrevistador saiba avaliar o momento de levantar as questões do roteiro permanecendo aberto às diferentes formas dos entrevistados de colocar suas impressões sobre os tópicos levantados, bem como sobre outros que eles julgarem relevante (42).

O roteiro elaborado para nortear as entrevistas desta pesquisa contou com questões iniciais para caracterização da amostra, seguido de 5 questões que direcionaram para a obtenção de dados visando aos objetivos do estudo.

Foram utilizadas como modelo conceitual para elaboração do roteiro de entrevista as questões instituídas pela PNEPS sobre as responsabilidades do Pacto de Gestão para a área da educação na saúde (39). Serviram como guia do presente estudo, aquelas julgadas pertinentes dentro do escopo de trabalho de gestores assistenciais de uma instituição hospitalar.

Tendo em vista que apresenta questões que propõem auxiliar no planejamento e na formulação dos objetivos para a educação na saúde, contribuindo para a tomada de decisão dos gestores (39), e estando direcionado exclusivamente para a EP dos profissionais de saúde, este foi o modelo conceitual considerado mais adequado dentre os demais encontrados.

Uma aplicação do roteiro foi feita com população semelhante à da amostra da pesquisa a fim de testar a qualidade do instrumento para a coleta de dados. Neste momento o entrevistador pode se apropriar do roteiro, a fim de que apresentasse o “alto grau de sensibilidade para o andamento concreto da entrevista e do entrevistado” (42, p. 161) que as situações da entrevista exigem.

A partir dos dados obtidos após a aplicação teste, foi observada a necessidade de pequenas adequações no instrumento de entrevista, porém, mantendo a sua estrutura original (Apêndice A).

As entrevistas foram realizadas presencialmente na própria instituição hospitalar em salas destinadas exclusivamente a reuniões de equipe, respeitando as normas vigentes na cidade de São Paulo sobre o isolamento social referente a pandemia da Covid-19. Apenas uma entrevista foi realizada remotamente, por meio da plataforma digital de comunicação *Hangout Meet*[®].

A entrevista virtual foi gravada a partir da própria plataforma digital e, para registro das entrevistas presenciais, foi utilizado um aplicativo para gravação de áudio para celulares Android, *Gravador de Voz Fácil v.2.8.1.1 da Digipom*[®].

Com duração média de 26 minutos, a brevidade da entrevista facilitou a participação dos gestores, os quais precisaram se ausentar de suas atividades diárias por menos de uma hora, entre a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e a realização da entrevista.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS E CONSTRUÇÃO DA TEORIA

O modelo circular do processo de pesquisa na Teoria Fundamentada proporciona coleta, interpretação e comparação constante dos dados (42). Desta forma, a análise dos dados foi iniciada durante a sua coleta. Isso garante a flexibilidade do método escolhido, com observação da necessidade de ampliação e/ou adequações no roteiro de entrevista conforme os primeiros dados são analisados (49), garantindo, assim, a qualidade das informações obtidas.

O material utilizado para análise dos dados foram os textos obtidos a partir das experiências relatadas (42). Deste modo, cada entrevista foi transcrita na íntegra para arquivos do *Microsoft Word*[®] para *Microsoft 365*[®]. Nos trechos selecionados para este estudo foi feita a correção gramatical e a supressão de expressões e de vícios de linguagem para facilitar a leitura e compreensão das falas, garantindo que o sentido da fala não fosse alterado.

A fim de garantir a confidencialidade dos dados, foram utilizados códigos para identificação dos sujeitos a partir da inicial S (“Sujeito”) seguido de um número com duas casas decimais. Exemplo: “S01”, “S13”. Termos e nomes de áreas que pudessem identificar a área de atuação do gestor foram substituídos por expressões similares, sem prejuízo do contexto.

Após a transcrição, foi realizada a codificação, processo no qual “os dados são divididos, conceitualizados e integrados para formar a teoria” (47, p. 17). Os dados foram estratificados

por meio das etapas de análise da Teoria Fundamentada (codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva) utilizando o programa *Microsoft Excel*[®] para *Microsoft 365*[®].

Durante a pesquisa foram redigidos memorandos para que pudessem direcionar todo o processo de análise dos dados. Memorandos são registros escritos, contendo informações, produtos da análise e direções, com considerações, ideias e lembretes para o analista consultar durante as 3 etapas de codificação (47).

3.3.1 Codificação aberta

Nesta primeira etapa deve-se identificar e desenvolver conceitos, examinando rigorosamente os dados em busca de similaridades e diferenças em seus significados, atentando-se aos fenômenos encontrados (47).

Ao agrupar as passagens do texto que apontam a um mesmo conjunto de ideias em categorias, direcionamos o pensamento no texto e nas suas interpretações durante a análise (49). As categorias encontradas são diferenciadas e desenvolvidas de acordo com suas características (propriedades) e respectivas variações (dimensões) (47).

Neste estudo, a leitura exaustiva das transcrições foi feita com seleção de trechos, onde conceitos foram identificados e nomeados conforme suas características, iniciando a categorização dos dados.

3.3.2 Codificação axial

A codificação axial é o momento em que os fenômenos são explicados de forma mais precisa e completa (47). A divisão em subcategorias também auxilia na diferenciação da categoria, posto que

[...] uma categoria representa um fenômeno, ou seja, um problema, uma questão, um fato ou um acontecimento que é definido como importante para os informantes. [...] Um fenômeno tem a capacidade de explicar o que está acontecendo. Uma subcategoria também é uma categoria, como o nome implica. Porém, em vez de representar o fenômeno em si, as subcategorias respondem questões sobre o fenômeno, como, por exemplo, quando, por que, quem, como e com que consequências, dando, assim, um maior poder explanatório ao conceito (47, p. 124).

Apesar da divisão em categorias e subcategorias, é possível estabelecer conexões e relações de causalidade entre elas, analisando o contexto, as interações sociais e os desdobramentos ocasionados (46).

As etapas de codificações aberta e axial, embora apresentem objetivos distintos, não são necessariamente sequenciais, podendo ser realizadas conforme as categorias surgem e são determinadas as relações entre elas (47).

Durante a análise dos dados, foram estabelecidas as categorias e subcategorias, com suas respectivas propriedades e dimensões. O Quadro 3.2 apresenta um exemplo dessa análise.

Quadro 3.2 - Exemplo de análise de uma subcategoria

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	PROPRIEDADES	DIMENSÕES
Barreiras para que o desenvolvimento ocorra	Dificuldade para atuar no desenvolvimento	Estrutura da área	<ul style="list-style-type: none"> • Diversos andares • Diversos horários • Área muito grande
		Rotina do gestor	<ul style="list-style-type: none"> • Organização do tempo • Demandas urgentes

Fonte: A autora.

3.3.3 Codificação seletiva

Durante a realização desta última etapa, os resultados da pesquisa possibilitam a construção de uma explicação, em sentido geral, à situação explorada (47). Isso ocorre pelo refinamento e integração das categorias a uma categoria central, relacionada a um fenômeno central e assumindo a forma de teoria (42,47). A categoria central a ser escolhida deve possuir relação consistente com as principais categorias criadas, ser frequente nos dados analisados e garantir força no poder explanatório (47).

No presente estudo, as categorias encontradas foram relacionadas até chegar a uma categoria central, ou seja, o modelo teórico do estudo, permitindo a interpretação das situações encontradas nas entrevistas realizadas.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Após aprovação e anuência do hospital para que a pesquisa fosse realizada com seus colaboradores, o projeto foi submetido via Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa da USP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP, com aprovação concedida sob o nº CAAE 38855220.0.0000.0068 (Anexo A). O estudo ocorreu de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos descritas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (50) e na Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 (51), assegurando os direitos e deveres dos participantes da pesquisa e garantindo a confidencialidade dos dados.

Para participar do estudo, os sujeitos da pesquisa manifestaram interesse e permissão por meio de TCLE (Apêndice B), conforme o recomendado pelo Conselho Nacional de Saúde (50) e respeitando os padrões éticos por esse estabelecidos.

4 RESULTADOS

Após a codificação e a análise minuciosa das entrevistas foram identificadas 3 categorias: **Olhar para o processo de desenvolvimento**, **Barreiras para que o desenvolvimento ocorra** e **Estratégias para engajamento da equipe**. O estabelecimento das relações entre elas possibilitou a identificação do modelo teórico do estudo: **Gestor identifica a importância da educação na assistência e busca estratégias para superar as dificuldades encontradas ao aplicá-la.**

4.1 CATEGORIA: OLHAR PARA O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO

Dentro do processo de desenvolvimento, pode-se identificar como o gestor observa o papel da educação na prática assistencial, qual o seu lugar como gestor nesse desenvolvimento e o seu posicionamento para que ele ocorra. As subcategorias que esclarecem a categoria “Olhar para o processo de desenvolvimento” são ilustradas na Figura 4.1.

Figura 4.1 - Categoria “Olhar para o processo de desenvolvimento” e suas subcategorias



Fonte: A autora.

4.1.1 Atualização contínua do profissional

A necessidade de uma educação contínua no trabalho é clara para os gestores. A atualização é vista como parte de um desenvolvimento para alcançar o objetivo final de seu local de trabalho: o cuidado adequado do paciente. Ela propicia uma equipe qualificada e promove mudanças.

“É um trabalho da instituição, no sentido de atualizar constantemente todos os colaboradores que atuam dentro da empresa, dentro do hospital.” (S03)

“De repente é melhor ter uma equipe desfalcada, mas ela está capacitada, do que você ter uma equipe completa, mas com baixo conhecimento onde você sabe que ali você vai ter dificuldades em ter pessoas qualificadas.” (S06)

“Então é você estar constantemente educando as pessoas para o melhor desenvolvimento, ou do hospital ou do setor, ou da área que a pessoa está, que o grupo está, aquilo que você almeja alcançar.” (S09)

“Enquanto você estiver trabalhando, você tem que estar, acho que nem trabalhando, enquanto você estiver viva, vivendo, você tem que estar se atualizando, não tem, não tem como, não tem como, não dá pra parar no tempo.” (S12)

“Aprimorar constantemente, sempre, não deixar, não parar. Porque na verdade a educação ela é constante, precisa sempre ir atrás, porque senão você sempre vai ficar no mesmo lugar que você estava antes e nunca vai conseguir se estimular para fazer mudanças.” (S13)

“Educação permanente é o atuar permanentemente, todos os dias, 24 horas por dia, o tempo inteiro, para que aquele colaborador se desenvolva. (...) É permanente eu estar olhando para aquele colaborador de um jeito de fazer crescer. Mesmo que faça ele crescer ao ponto de ele não querer mais ficar com você e sair daqui e ganhar asas. Eu falo que é muito melhor a gente desenvolver muito bem um colaborador e ele ir embora do que eu ficar com um colaborador sem treinamento nenhum, apagado e parado no tempo. A equipe não desenvolve, você não desenvolve.” (S17)

Além disso, a evolução da área da saúde, com necessidade de atualizações dos tratamentos propostos e tecnologias empregadas foi evidenciada. O dinamismo com que ela

ocorre precisa ser acompanhado mediante leituras e pesquisas, com análise crítica dos conteúdos encontrados, em prol da assistência prestada no local de trabalho.

“Nesse último ano teve uma demanda muito grande, as solicitações, a velocidade das informações, ela foi muito grande nesse último ano.” (S03)

“Hoje eu não consigo ver uma instituição hospitalar sem uma educação permanente.” (S10)

“Todo profissional, falando na nossa área de saúde, geral, não dá para ficar sem participar de congresso, sem ir em um curso, sem falar na internet o que está acontecendo, sem ler... se não você vai ficando para trás e não, além de não ser bom para você pessoalmente, não é bom para instituição, para o próprio paciente. Além do que você se sente inseguro também, até a questão da autoestima acaba melhorando à medida que você consegue se aperfeiçoar mais na sua área.” (S11)

“Não é porque eu estou há uma década na área que eu vou saber de tudo (...) é uma área que a todo momento muda, tem coisas novas no mercado.” (S12)

“Sabendo como se atualizar porque a gente sabe que no mercado tem muitas coisas que não são reais, então até artigos mesmo, saber selecionar o melhor artigo pra você.” (S12)

“A nossa área não é uma área estática, é uma área que muda o tempo inteiro.” (S17)

4.1.2 Treinamento para mostrar e reforçar rotinas

A atualização contínua, entretanto, não foi vista somente na perspectiva de entender o que as pesquisas estão expondo, o que mercado está realizando e como os tratamentos e tecnologias evoluem. Mas também uma educação com o objetivo de reforçar processos e conceitos, de maneira rotineira e padronizada.

As normas e funcionamento da área são mostrados ao profissional no momento de sua admissão. Posteriormente, fazendo parte de um fluxo, com um calendário pré-definido, as práticas são reforçadas para recuperar aquelas que foram negligenciadas com o tempo.

O treinamento está presente para a divulgação e ensinamento de novas rotinas e mudanças que ocorrem nos setores.

“Educação permanente é aquela educação que você tem que ter, tem que ser contínua. Como eu falei, fazer parte de um calendário, onde você tem, dependendo do treinamento, do foco, o quanto atinge o paciente, o quanto tem de peso, ele tem que ser semestral, ele tem que ser anual. Então é aquilo que eu tinha falado, ele tem que ser sequencial, ele tem que ser feito constantemente não basta ser feito só uma vez.” (S04)

“Educação permanente é a gente manter tipo um fluxo mesmo do que a gente precisa passar de conceitos, de conhecimentos. É fazer o planejamento.” (S15)

“Eu acho que é ter essa preocupação em manter a equipe que está sob a sua gestão informada o tempo todo sobre todas as mudanças que ocorrem dentro das rotinas, dentro das normas institucionais.” (S03)

“Acho que é fundamental desde quando o colaborador ele entra aqui, em qualquer instituição, acho que realmente isso daí precisa (...) ele vai conhecer as diretrizes, os protocolos da instituição.” (S06)

“Educação permanente é, a meu ver, é um trabalho que você faz constantemente para educar alguém ou a um grupo, ou um hospital, ou uma população em relação a tudo aquilo que tem no setor, que tem no hospital.” (S09)

“Não tem, não tem como a gente falar, não voltar sempre nos mesmos assuntos.” (S07)

“Então tem aquela informação que em algum momento se perde, a rotina que às vezes não está sendo feita da forma adequada, que tem que resgatar isso.” (S03)

“Não é à toa que os treinamentos têm que ser repetidos, porque eles esquecem das coisas. Muitas vezes precisa se atualizar também, então os treinamentos são essenciais.” (S04)

“E aí com o tempo isso vai se perdendo. Se perde e tem que pegar de novo, tem que falar.” (S05)

“Então muitas vezes a gente orienta de uma forma e não sei se cai no esquecimento ou até por falta mesmo da, por dinâmica mesmo da unidade, às vezes para mim é mais fácil fazer um X do que um Y. Mas a gente trabalha muito em cima desta questão. Então a gente tem os protocolos e bate muito nessa tecla da questão de como deve ser feito isso, qual a técnica correta de se fazer, a forma correta de se fazer.” (S07)

4.1.3 Educação para e na prática

O impacto positivo dessas ações é observado no dia a dia, seja ele decorrente de qualquer um dos objetivos citados nas subcategorias anteriores. A realização do desenvolvimento dos profissionais de saúde está relacionada à melhora da qualidade assistencial prestada.

Os resultados são ainda melhores se a aprendizagem ocorrer na prática. A experimentação enquanto se aprende favorece a sedimentação dos conhecimentos adquiridos.

“Mas atualmente, também a maioria dos colaboradores também já incorporou que o treinamento faz bem para ele, faz bem para a prática.” (S04)

“Bom, o conhecimento é a base de tudo. Então realmente se eles tiverem conhecimento do que estão fazendo, do perfil de paciente que eles estão manipulando, para que servem as drogas, enfim, o tipo de catéter, essas coisas, a gente vê que o colaborador com conhecimento, o serviço é executado muito mais rápido, com eficácia, e com uma chance de erro assim, mínima.” (S06)

“Sempre dá um retorno porque o aprendizado você sempre está atuando ali na prática.” (S11)

“Entender que você não vai, você não tá deixando de fazer assistência para fazer um treinamento, pelo contrário, você está melhorando a sua assistência.” (S11)

“A gente vai educando os nossos funcionários para se tornarem mais eficazes né, para se tornarem mais eficientes.” (S15)

“Porque assim, tudo o que você encontra prontinho, você vê e você esquece. Se você vai em busca e você até vivencia a situação, eu acho que, eu penso assim, fixa tudo.” (S12)

“Educação permanente é o dia a dia, a meu ver. Não é treinamento que a gente faz ali numa oficina, numa sala de aula, frequentando uma aula, algum estudo, alguma coisa assim.” (S14)

“Acho que por mais que o hospital hoje faça aí um treinamento admissional, logicamente é o básico (...) você vai ter que desenvolver seus conhecimentos na prática, no seu dia a dia.” (S17)

4.1.4 Envolvimento no processo

As formas como as demandas de treinamento surgem e são interpretadas pelos gestores são variadas. A participação, total ou parcial, dos gestores no processo ocorre desde a identificação da oportunidade de melhoria, passando pelo planejamento da ação educativa, até a execução do treinamento.

Um modo de identificação das necessidades é estar atento e próximo à equipe no dia a dia, sendo importante conhecer as rotinas do setor. Outras demandas aparecem por meio de auditorias e indicadores internos, os quais apontam que algum processo não está adequado e precisa de alinhamento. Além disso, alguns registros na ouvidoria e eventos ocorridos no setor, que requerem um plano de ação imediato do gestor, geralmente se tornam um pedido de treinamento. Em todos os casos, uma etapa relevante é entender o que aconteceu, ou melhor, o que está por trás da demanda, analisando a situação e conversando com o profissional envolvido.

Ações, por sua vez, são tomadas por meio da estratégia que o gestor julga ser a melhor em cada caso. Elas são imediatas ou podem fazer parte de um planejamento maior, sejam individuais ou para toda a equipe. Já o planejamento é realizado somente pelo gestor, em conjunto com o setor de treinamento da Instituição ou ainda envolvendo a própria equipe.

“Então a gente traça junto com o Centro de Treinamento um plano de ação para ver o que a gente vai conseguir sanar essa deficiência maior nesse momento.” (S03)

“Às vezes não preciso mandar para um treinamento, mas posso colocar em um tópico de uma reunião minha, que normalmente é mensal. Então eu acabo fazendo sempre um lembrete, não custa fazer um lembrete.” (S04)

“Cabe o gestor realmente ver. É pontual ou não. Realmente a equipe inteira está com dúvidas? Eu acho que tem que ir atrás.” (S05)

“Não dá, e não é só depender, por exemplo, no caso aqui do nosso Centro de Treinamento, depender disso. É a gente também, em conjunto. Então a gente tem que trabalhar esse dia a dia, e a gente trabalha em conjunto com o Centro de Treinamento. Como já aconteceu que a gente sugere, que tem essa interação muito legal, que a gente sugere treinamentos, ou se a gente precisar, a gente pede também.” (S07)

“O que eu tenho lá descrito é uma versão e eu tenho que ouvir o que o colaborador tem para dizer sobre aquele caso específico. E aí a gente vai desenvolvendo isso neles.”

Porque aconteceu esse erro, como aconteceu, vamos melhorar a atenção, melhorar o processo. O Centro de Treinamento ajuda muito. A gente pede treinamento eles já rapidamente elaboram.” (S10)

“Isso eu acredito que você vivenciando junto com eles. Uma coisa que eu sempre falo, tem que estar próximo, senão você não consegue ter a visão. Não adianta você ficar lá, só no papel administrativo. Você tem que estar ali na ponta.” (S12)

“Vou lá conversar com ela só pra entender qual foi o pensamento dela.” (S15)

“E a gente às vezes observa, a gente faz algumas auditorias de prontuário. Tem umas reuniões de grupo, então a gente, através desses contatos, a gente consegue também identificar algumas possibilidades de melhorias.” (S16)

“Eu percebo que o colaborador em si, dificilmente, se você não for buscar, traz para você o que ele precisa. Então acho que parte muito do coordenador o diagnóstico de saber muitas vezes o que a equipe precisa.” (S17)

4.1.5 Administrador do desenvolvimento

Um das maneiras como o gestor percebe o desenvolvimento de sua equipe é a partir de seu papel administrativo nesse processo.

As participações nos treinamentos obrigatórios são acompanhadas de perto e “cobradas”, a fim de garantir alcance das metas do setor. O gestor deve ainda guiar a equipe e se certificar que as políticas e procedimentos da área estejam sendo feitos da maneira adequada, uma vez que ele é o responsável pela área e de tudo o que acontece nela. Neste aspecto, o gestor se preocupa para que haja condições para sua equipe realizar a rotina do serviço, seja com instrumentalização adequada, seja proporcionando um ambiente seguro.

“Vou atrás pra conseguir entender alguma coisa do que eu posso ajudar de trazer ferramentas mesmo pra eles.” (S01)

“A equipe, eu acho que ela precisa de um norte, de alguém que guie dentro dessas normas e rotinas. Porque se você não tem alguém ali para gerir, para estar junto com eles, as rotinas se perdem. Daqui a pouco cada um está fazendo o procedimento de um jeito. Mesmo a gente estando ali, tem rotinas que as vezes se perdem.” (S03)

“Você vai ter duas horas na sua escala, você faz um curso e traz o certificado pra mim.” (S03)

“Cabe ao gestor acompanhar isso, acompanhar se ele está participando. Então na maioria dos treinamentos a gente fica de olho em que: se atingiu a meta, se a gente tem 100% dos colaboradores.” (S04)

“A gente precisa estar atento a tudo porque nós somos responsáveis pela área. Então como que a gente, se eu não for participativa esse ponto, eu não sei como que vai ficar a assistência né, como que eu vou cobrar? Como, eu não sei se cobrar é a palavra certa, mas como que eu vou orientar, como que a gente vai, porque, eu acho que se a gente está aqui e a gente não mostrar para eles a importância, eu não sei como seria.” (S07)

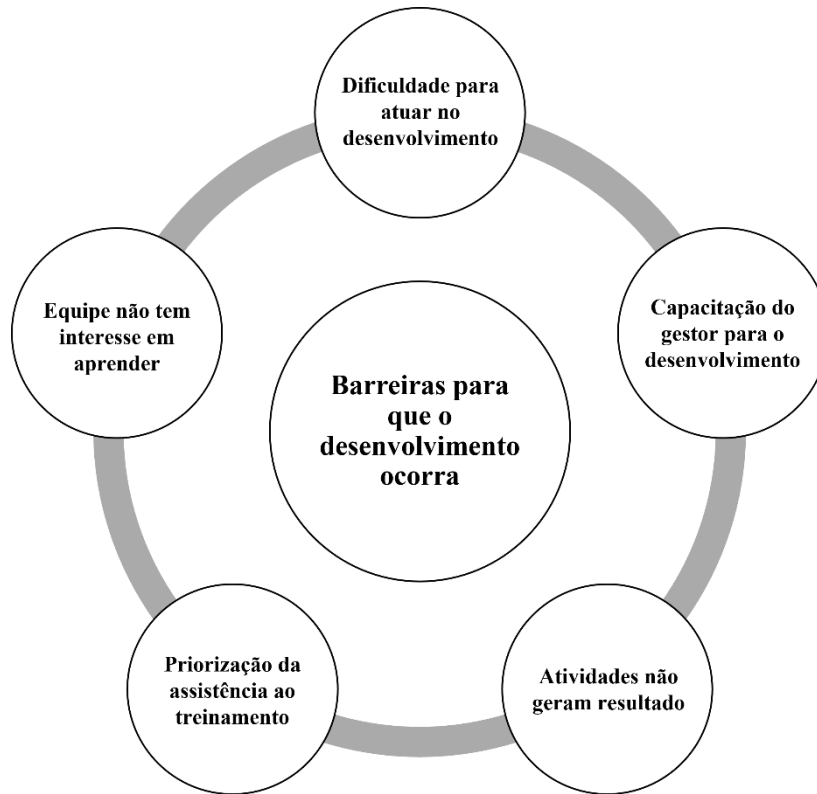
“Nosso papel é dar as melhores ferramentas, as melhores condições (...) fazer com que ele consiga exercer a profissão dele e se preocupe com a profissão dele e não com as outras coisas que, aí já é onde eu entro, né, para dar esse suporte (...) tentar criar um ambiente melhor. Apagar essas arestas que às vezes acontecem também é a nossa função para desenvolver.” (S16)

“Eu tiro ele da escala e isso faz parte da atividade dele no serviço. Então, isso fica fácil, porque depois eu cobro. Eu coloco hoje, amanhã, outro dia, eu cobro e coloco no prontuário dele.” (S17)

4.2 CATEGORIA: BARREIRAS PARA QUE O DESENVOLVIMENTO OCORRA

A categoria “Barreiras para que o desenvolvimento ocorra” revela alguns aspectos que podem influenciar negativamente a maneira de como os gestores enxergam e atuam no desenvolvimento. Esses fatores foram diferenciados em subcategorias, conforme da Figura 4.2.

Figura 4.2 - Categoria “Barreiras para o que o desenvolvimento ocorra” e suas subcategorias



Fonte: A autora.

4.2.1 Dificuldade para atuar no desenvolvimento

O gestor que possui uma equipe localizada em diversos andares, com diferentes jornadas de trabalho e/ou está em um setor com uma estrutura física muito grande, possui dificuldade em manter a proximidade com a equipe. Isso exige mais esforço para que ele entenda as necessidades reais de seus colaboradores.

Na rotina diária do gestor, seriam possíveis momentos para desenvolvimento de seus colaboradores, entretanto, certas demandas aparecem como prioritárias, impedindo que o gestor dê sequência ao seu planejamento. Manifesta-se uma dificuldade de organização de tempo para que esta atividade não seja deixada de lado. Junto com ela surge uma sensação de frustração por parte do gestor, por não conseguir dar sequência nos seus planos e por reconhecer que poderia fazer mais para desenvolver a sua equipe.

“De inovações, de mudanças. Porque são 11 anos praticamente que a gente está fazendo as mesmas coisas. A gente tem pequenas mudanças, mas não tem uma assim...”

E isso me incomoda. Acho que a gente consegue melhorar. Acho que dá para melhorar bastante ainda.” (S01)

“A gente estava tendo uma dificuldade com relação a isso pela constante mudança da equipe. E é difícil fazer uma reunião. São tantos lugares, tantos horários.” (S03)

“Em geral a demanda é muito grande porque assim, a gente não tem olhos para tudo e a gente tem muitas alas divididas, muitos pisos. Então enquanto você tenta trabalhar da melhor maneira em uma ala específica, tudo está acontecendo em outras alas, então, a gente não consegue ter mil olhos, não consegue estar em todo lugar a todo momento.” (S06)

“Às vezes você sai com aquela sensação de ‘poxa, não deu certo, ainda não era o que eu queria, não ficou do jeito que eu queria’, sabe? ‘Precisava chamar um colaborador pra orientar hoje, eu não podia ter deixado passar’. Enfim... infelizmente a gente prioriza intercorrência com o paciente e aí acaba, essa parte administrativa, vai ficando um pouquinho.” (S06)

“A gente acaba se afogando nas próprias demandas que a gente tem que fazer cada dia uma coisa, e aí os planos que você tinha você não consegue colocar em prática. (...) a gente tem que se esforçar mais para fazer mais coisas, acho que a gente não faz tudo o que a gente poderia fazer.” (S13)

“E acho que se a gente não tirar um tempo para isso a gente não faz. Porque é tudo muito corrido e hoje a gente tem muitas demandas que aparecem assim ‘ó, você precisa fazer isso pra hoje, pra ontem’.” (S15)

4.2.2 Capacitação do gestor para o desenvolvimento

Um dos obstáculos para que o desenvolvimento ocorra está em torno da formação dos profissionais de saúde para gestão de pessoas e, em especial, para a realização do desenvolvimento de sua equipe. Alguns gestores possuem uma percepção maior dessa lacuna de capacitação, buscando o seu próprio aprimoramento.

Isso reflete no reconhecimento das dificuldades de como o gestor pode traduzir para o desenvolvimento de sua equipe as oportunidades de melhorias. O desenvolvimento é associado a uma capacitação técnica, não identificando as competências comportamentais como parte do processo.

“Porque você chega no cargo você não tem automaticamente essa formação em liderança. Às vezes você não teve nada sobre liderança na vida. E aí de repente, você vira um líder e aí você acha que você vai fazer o que você acha, então vai bater cabeça. Então esse desenvolvimento meio obrigatório como existe nas empresas eu acho que ainda falta na área da saúde em geral.” (S01)

“Muita coisa comportamental, também eu não consigo intervir (...) não há treinamento que resolva.” (S04)

“Porque só com treinamento é que os colaboradores se desenvolvem.” (S04)

“Perfil diferente, são vários plantões, personalidades, características, querer e saberes e o pessoal, lidar com pessoas é muito difícil. Então você tem que entender, eu achei que eu precisava ter mais capacidade para isso. Para trabalhar em mim e para trabalhar nas pessoas.” (S10)

“Eu tenho dificuldade de aplicar realmente o que eles tão trazendo de dificuldade, ou que eu enxergo de dificuldade. então, ou às vezes tentar, porque as vezes são problemas muito picadinhos, e aí a gente fica só naquela coisa de passar vários recadinhos. No fim eu acho que às vezes não é muito eficiente, porque você vai passando os recadinhos picadinhos e parece que fica tudo meio perdido. Às vezes algumas coisas ficam meio perdidas. Tem essa dificuldade às vezes, do geral.” (S13)

Esse reconhecimento também fica evidenciado nas expressões confusas utilizadas para elaboração do conceito de Educação Permanente.

“Uma coisa contínua, tem que ser assim, tem que começar do zero, sempre. Por mais que aquele funcionário ele tenha uma experiência, mas é outra instituição, é outro fluxo, são outros protocolos, então iniciar do zero. (...) A vivência dele não vai somar, pelo contrário, pode até diminuir, nos nossos pacientes.” (S02)

“Então, pra mim, acho que, é o que eu falo, o nome já diz, que mudaram, antes era continuada, agora é permanente, mas, ou seja, é uma coisa contínua.” (S07)

“Hoje eu não conseguiria definir o que é a educação permanente. Talvez a pergunta seria assim: qual será o desafio dos centros de simulação realística, dos centros de treinamento, das universidades, das escolas. Qual o grande desafio que as escolas tem, o que estão pensando em fazer?” (S08)

“É uma palavra pesada porque, o que é permanente? Permanente é diária? É o tempo todo? Mas como isso se dá na prática? A educação permanente se dá na prática de que forma? Você tem um roteiro? Você fica o tempo todo educando alguém?” (S10)

“E isso vai sempre deixar o profissional, ou atualizado, eu sei que tem a educação continuada e permanente, acho que são coisas diferentes, não sei o conceito. Pode ser que sejam diferentes.” (S16)

4.2.3 Atividades não geram resultado

Algumas ações realizadas não atingem o resultado esperado pelos gestores, tornando o processo educativo uma barreira o desenvolvimento.

Entre os motivos para que isso aconteça, há a escolha de metodologias e abordagens que não despertam a atenção da equipe, especialmente para aqueles temas que precisam ser abordados com uma frequência maior. Isso contribui para o desinteresse da equipe, que registra a sua presença, mas não está atenta às informações transmitidas.

Ademais, a necessidade de utilizar um terceiro para ministrar o treinamento, repassando o conteúdo original, pode levar à perda do objetivo principal da ação planejada.

“Porque só a pessoa ‘tó, lê’, dependendo da pessoa ela não vai nem ler. Ela só vai assinar e vai embora, e não é essa a intenção que a gente quer.” (S02)

“Eu acho que para algumas pessoas que talvez o treinamento seja falho e de repente a gente realmente não tenha tocado. (...) A gente toque numa grande parcela, mas acho que alguns a gente não consegue chegar. Acho que a pessoa não consegue entender porque de fato precisa fazer aquilo, porque aquilo é importante.” (S05)

“Então você passa para mim o seu conhecimento, o que está descrito aqui e eu vou disseminar essa informação para eles. (...) De repente, com a demanda do coordenador, eu não vou conseguir disseminar essa informação para eles; eu vou ter que dar uma enxugada nisso. E aí, a depender, eu vou ter que compartilhar essa informação com outro profissional, treinar esse profissional para que faça essa função. E aí, se eu passo essa informação para outro profissional, se eu já tento minimizar um pouco, enxugar um pouco o treinamento que você me passou, o outro profissional que vou passar essa função ele vai minimizar mais ainda, ele vai enxugar um pouquinho mais. Então com

isso acho que a gente perde um pouquinho de informações importantes ou detalhes que são essenciais em algum momento.” (S06)

“A gente sabe que tem que ter todo ano e o que percebo que é sempre a mesma coisa, não muda, acaba ficando meio chato mesmo. Não tem aquela, você não consegue mostrar a necessidade, nem desenvolver um estímulo para a pessoa fazer de uma forma que realmente esteja aprendendo. Parece mais uma coisa, só porque preciso fazer.” (S13)

“E aí talvez pode ser que a gente esteja passando de uma forma... a nossa abordagem com a equipe, talvez não seja de uma forma que eles estão absorvendo.” (S15)

4.2.4 Priorização da assistência ao treinamento

A participação da equipe nos treinamentos por vezes fica prejudicada pela demanda da rotina assistencial. O colaborador participa das atividades, mas não consegue se concentrar por estar pensando em seus pacientes e nas obrigações que deve realizar assim que retornar ao setor.

Essa percepção é maior em áreas de maior complexidade do nível de assistência do paciente e quando o setor se encontra com um maior número de pacientes.

“A rotina é pesada, tem vários motivos pra não fazer também, não sei se é só engajamento.” (S01)

“E te digo, se o setor tiver com baixo paciente, com uma quantidade baixa, o profissional, a equipe vai te dar mais atenção. Se a quantidade de paciente tiver alta, você não vai ter atenção desse colaborador (...) quanto mais tempo eles ficarem aqui ouvindo, menos tempo eles vão ficar na assistência.” (S02)

“Porque realmente, a complexidade dos pacientes aqui é extremamente grande, então assim, cinco minutos que eles ficam fora da assistência já impacta.” (S06)

“O corpo presencial está ali, fora do setor, fora do ambiente dele, mas realmente a cabeça está na preocupação com o paciente.” (S06)

“O que a gente sempre percebe é aquela desculpa de que não tenho tempo e de que o cuidado, a assistência do paciente nesse momento é prioritária.” (S09)

“Claro que nunca vai ser 100% porque você recebe uma ligação, tem uma intercorrência, você vai ter que ir. Tem um caso urgente você vai ter que pedir licença e sair.” (S11)

“Pela nossa rotina às vezes isso impacta um pouco, não vou ser hipócrita e falar ‘não’. Você tirar um colaborador para um treinamento fora da área tem dia que a gente fala assim, é ruim, é ruim, por conta da sua rotina. A gente precisa, mas a gente sabe que impacta.” (S12)

4.2.5 Equipe não tem interesse em aprender

Um fator que impede que o desenvolvimento ocorra apropriadamente é a falta de interesse da equipe no seu próprio aprimoramento. Os gestores não possuem uma clara ideia para a desmotivação e falta de engajamento da equipe em alguns momentos.

São exemplos os treinamentos que chamam a atenção do profissional por entregar brindes ao final da atividade e não pelo conteúdo em si que será abordado. Em outros termos, não atraem o profissional pela importância do aprender, mas sim pela premiação por sua participação.

Alguns profissionais participam dos treinamentos sem prestar atenção e sem se envolver efetivamente na atividade. Acreditam que o conhecimento que possuem estão adequados e são suficientes para a sua rotina, sem necessidade de aperfeiçoamento.

“Reunião científica muitas vezes não tem participação, treinamento a gente tem que cobrar muito para fazer porque não faz. Não tem um engajamento assim, não sei se não vê necessidade de fazer o treinamento. (...) Porque tem coisas que a gente já fala há bastante tempo e as pessoas ainda erram. E às vezes são pessoas bem antigas, que a gente já teve contato com esse tema mais de uma vez.” (S01)

“Eu vou no treinamento lá embaixo, lá no Centro de Treinamento, eu ficava olhando assim e falava ‘gente’! Olhava para um lado e as pessoas mexendo no celular, outras dormindo, outras mexendo na caneta olhando para o nada... meu Deus!” (S02)

“Tudo vai depender do tema e da forma que vai ser passado. Quer ver uma situação que foi feita e que as pessoas tiveram uma boa aceitação? Da roleta. (...) Eles falavam, ‘eu também quero ir, porque que eu não vou agora?’ ‘Não gente, vai amanhã que não dá tempo’. ‘Não a gente quer ir hoje. A gente quer brinde, quero o bombom’.” (S02)

“Eu acho que essa, a liberdade hoje do acesso à internet, muitas vezes a pessoa prefere estar na internet vendo coisas ao invés de ir pro Ambiente Virtual de Aprendizagem e fazer um curso que é do interesse da área dele.” (S03)

“Eu acho que tem alguns que já não querem mais, acho que independentemente de você tocar ou não, acho que não quer. É um grupo bem pequeno, mas tem.” (S05)

“No começo eu senti um pouco de resistência, porque entra numa zona de conforto. É mais fácil fazer o arroz e feijão todo dia do que ter novos conhecimentos.” (S09)

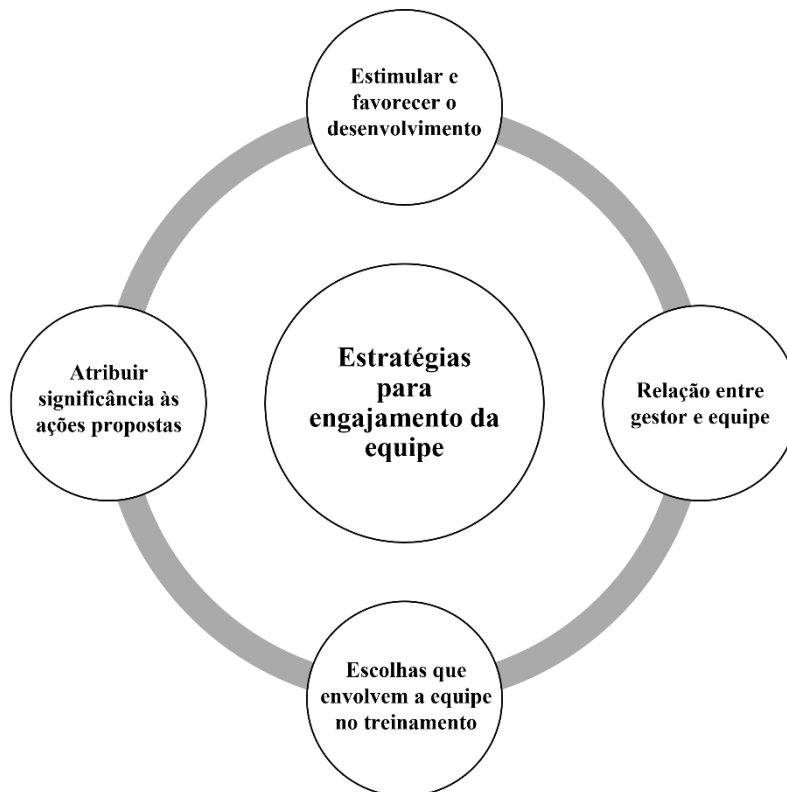
“Mas de algumas coisas especificamente eles sabem que eles estão fazendo errado. As pessoas sabem que estão fazendo errado mas não assumem o risco, sei lá, assume o erro. Não sei.” (S13)

“Principalmente os mais velhos que tem a tendencia de se acomodar no que sabem. Mas aí você pergunta uma droga nova que já tá no mercado ‘ah é? não sei...’ Então a gente tem sempre os dois problemas, os dois extremos que eu falo: aquele que está aqui há anos que muitas vezes acha que sabe tudo, e você tem aquele que é novo, que muitas vezes não sabe nada, mas que está aí cheio de gás, e aquele que infelizmente, que o mercado tá muito assim, que chega e não quer estudar, não quer nada.” (S17)

4.3 CATEGORIA: ESTRATÉGIAS PARA ENGAJAMENTO DA EQUIPE

Conforme as ações realizadas nas áreas eram esmiuçadas, foram evidenciados estímulos para a aprendizagem das equipes, tanto em iniciativas e atividades propostas pelos gestores, como na postura que acreditam ser necessária para aumentar o engajamento da equipe. As diferentes formas para esse incentivo foram especificadas em algumas subcategorias, ilustradas na Figura 4.3.

Figura 4.3 - Categoria “Estratégias para engajamento da equipe” e suas subcategorias



Fonte: A autora.

4.3.1 Estimular e favorecer o desenvolvimento

Os gestores estimulam constantemente suas equipes a se desenvolverem, levantando questões para realização de pesquisas, busca de artigos ou outras formas de atualizações. O reforço positivo dos resultados e esforços observados é praticado para motivar a equipe a manter essa busca no seu desenvolvimento, favorecendo o protagonismo do profissional.

Dentro das possibilidades, o gestor flexibiliza o horário de trabalho de seu colaborador e organiza a escala de trabalho para que todos possam participar, assegurando que a assistência estará garantida durante esse momento.

A análise da demanda e a construção dos planos de desenvolvimento junto com a equipe também são formas de maior engajamento dos colaboradores nas atividades. Os profissionais trazem sugestões de melhorias e ideias para o treinamento que será realizado.

“Eu estou tentando fazer feedbacks constantes (...) agora eu toda vez que tem demanda, tanto pra elogiar uma melhoria que eu estou vendo, eu chamo.” (S01)

“Elas me trazem ‘olha, a gente tá pensando em fazer isso e aquilo, o que você acha’ e aí a gente vai discutindo junto como fazer o melhor treinamento.” (S05)

“Hoje a gente trabalha muito com a questão das horas, mas assim, muitas vezes eles ficam fora do horário. Quando a gente consegue encaminhar eles dentro do horário a gente encaminha. Mas se não a gente sempre fala ‘pessoal, então se programa, vamos ver o que dá pra fazer’. Tem uns até que preferem na verdade, até ficar fora do horário. Essa questão não é um impacto, porque eles podem não ir agora, mas ele vai em um outro momento, ele vai fora do horário. Às vezes o da tarde entra mais cedo ou o pessoal da manhã fica.” (S07)

“Eu vejo que todo mundo tem um potencial muito grande para adquirir mais conhecimento e eu estímulo muito isso neles (...) estou sempre incentivando elas a estudarem, a ir atrás, procurar, querer saber (...) estimulando também a fazerem busca. (...) eles fazem, às vezes mesmo quando eu não falo eles falam ‘ó eu já fiz esse curso’ ‘estou trazendo’, ‘ó, já fiz esse tá’. Eu falo ‘que ótimo, parabéns, tem que fazer mesmo’.” (S09)

“Então a gente começou uma mobilização para entender por que estava tendo tanta [intercorrência do setor]. E a gente percebeu uma participação muito grande de alguns profissionais. Perguntando, ‘gente o que você vê que a gente pode melhorar?’ E aí eles foram falando (...) e se envolveram junto com a gente para entender o porquê (...) e estão participando, dando ideia de como poderia melhorar isso tudo (...) então você vê que estão bem engajados.” (S09)

“O que a gente faz aqui, o que a gente estimula muito, é sempre se aperfeiçoar na área. Isso aí é o conhecimento científico. (...) Dá para ter uma flexibilização de horário sem prejudicar o serviço e ao mesmo tempo contemplando a oportunidade do profissional se aperfeiçoar (...) estimula eles a participar de simpósios, congressos.” (S11)

“Para esse desenvolvimento da equipe eu acredito que é sempre trazer coisas novas. Você, numa palavra assim, é, você tem que impulsionar. Vamos supor, se você não traz nada, se você não levanta aquele ponto de interrogação, eu acho que isso é primordial.” (S12)

“Acho que cada colaborador ele tem que ter o seu senso de responsabilidade sim, mas se não tem uma pessoa para conduzir, até para incentivar, acho que é diferente. Eu estudo, mas quando alguém ‘ah que legal, você viu isso, vamos fazer assim’ (...) eu acho

que sem o gestor você não tem tanto incentivo às vezes de fazer algumas coisas, principalmente treinamento.” (S17)

4.3.2 Relação entre gestor e equipe

A boa relação entre gestor e sua equipe é fator importante para o engajamento da área nas atividades de desenvolvimento. O gestor que conhece sua equipe, além de estabelecer uma relação de confiança, entende as singularidades de cada colaborador, compreendendo melhor as suas dificuldades e conseguindo orientá-los de maneira eficiente.

A equipe se torna reflexo das atitudes e crenças do gestor. O bom exemplo que o gestor é capaz de dar, participando das atividades propostas, buscando se desenvolver, também favorece essa relação entre as partes e motiva a equipe para seguir suas ações.

“Então, a vivência deixa você ganhando experiência de que hoje, você percebe que se o líder, enfim, a hierarquia maior, não está junto para sentir o déficit da equipe, a equipe não vai vir aqui falar ‘ó, eu estou com dificuldade aqui’. Ele não vai vir. Uma por medo de represália, de ter que descer para o Centro de Treinamento fazer treinamento de uma semana. Ele não vai vir. (...) Então quando você está junto, quando você está ali próximo, você tem um pouco mais de abertura para poder conversar com esse colaborador.” (S02)

“Então a gente também tem um papel essencial nisso, observando, administrando, e vendo, até mesmo direcionando de repente um tema específico, um colaborador que a gente sabe que tem mais dificuldade, ou que para ele é de extrema importância ele ter prioridade na participação desse treinamento.” (S06)

“Se eu não tenho interesse em querer que aquilo melhore, meu funcionário não vai ter também.” (S09)

“Então acho que você tem que ser o exemplo para a equipe. Não adianta você pregar algo que você não faz. (...) eu sempre busco estudar e me aperfeiçoar e fazer cursos. Então você sendo espelho para eles é importante também. Você não pode pregar algo que você não faça. Eu vou cobrar de que forma? Quando você tem essa firmeza, você tem essa certeza, de que isso é importante e precisa ser feito, eu acho é mais fácil persuadir a equipe.” (S10)

“Mas eu acho que se você não tá próximo ali, fazendo, você não consegue até direcionar um colaborador seu para você atingir seu objetivo.” (S12)

“E eu como coordenadora estou muito próxima, então tudo o que acontece no setor eles trazem pra mim.” (S17)

4.3.3 Escolhas que envolvem a equipe no treinamento

O gestor está atento às circunstâncias que trazem maiores retornos positivos dos treinamentos à sua equipe. Conforme as características e dinâmicas das áreas, há um melhor horário e local para realização das atividades: no próprio setor ou fora dele, no início ou no final de plantão. As atividades mais atrativas, interativas e objetivas envolvem mais o profissional no treinamento.

Estimular que o colaborador esteja à frente do treinamento, compartilhando os seus conhecimentos e práticas com os demais, contribui igualmente para motivá-lo no seu próprio desenvolvimento. Já outros profissionais são mais envolvidos no tema quando um expert no assunto discute e esclarece as dúvidas. De qualquer forma, o gestor percebe que, dependendo do colaborador e das circunstâncias, uma estratégia pode ser mais eficiente que a outra, e que, se uma delas não atingiu os objetivos, é necessário ir em busca de uma alternativa para essa orientação.

“Quando mudou o sistema a gente promoveu um treinamento antes das equipes, tendo o cuidado de entrar nos horários de cada colaborador, abranger o noturno.” (S03)

“Acho que coisas assim, por exemplo, um treinamento que chama muito a atenção deles e eles pedem para participar, são os jogos que antecede a JCI. Não sei se pela interatividade, pela brincadeira. Acho que por tudo, pelo conjunto que isso atrai bastante.” (S03)

“O perfil do treinamento que é ministrado hoje em dia ele é muito didático, muito objetivo. Ele é claro, objetivo, não é uma coisa extensa e cansativa.” (S06)

“Quando o treinamento é ministrado por um profissional que tem mais propriedade no que fala, as dúvidas que surgem, são geradas e já são discutidas ali naquele exato momento.” (S06)

“Eu percebo que eles se envolvem com as coisas, principalmente quando tem esses treinamentos in loco e é muito ilustrativo. É uma coisa muito legal, eu acho que chama muito mais atenção do que às vezes a gente colocar ele dentro de um, sentado em uma cadeira, numa sala, fica uma hora, sendo que as vezes vem aqui, vinte, trinta minutos, o treinamento vai ser muito mais efetivo do que a gente ficar falando uma hora na cabeça deles.” (S07)

“E eu percebo que se você faz um treinamento, não no setor próprio, tira ele do setor, ele acaba assimilando e querendo ir mais. (...) ele entende mais e ele quer participar, porque ele está fora do ambiente dele.” (S09)

“A plataforma pra nós eu acho que foi uma coisa muito válida, porque a gente sabe, são muitos treinamentos, muitos treinamentos, a gente não consegue pela dificuldade de o setor estar liberando o colaborador o tempo inteiro, mas o colaborador tem isso na mão.” (S12)

“Não deu certo desse jeito, vamos tentar fazer de outro.” (S16)

“Eu acho que motiva um pouco né, porque às vezes eu me sentar, estudar, pesquisar é chato? Talvez. Mas se a gente discute com todo mundo, compartilha com todo mundo, fica legal para todo mundo, a realidade é essa.” (S17)

4.3.4 Atribuir significância às ações propostas

A valorização do treinamento é percebida pelo gestor quando é atribuída significância às atividades propostas. A partir do momento que a equipe compreende o porquê das rotinas, procedimentos e políticas que devem seguir, é observada mudança na prática.

Provocar discussões de casos, situações e artigos, promove que conexões sejam feitas entre as informações, descobrindo as semelhanças e as diferenças entre elas, e consolidando a aprendizagem.

“Porque para ele, ele tem que saber o porquê. Porque a gente percebe que muitas vezes se ele não sabe o porquê ele tem que fazer, ele não dá importância para o que ele tem que fazer.” (S07)

“A gente sempre trabalhou muito com essa questão da conscientização (...) a gente se senta com a equipe, sempre que acontece uma situação, uma fragilidade, uma não

conformidade, a gente chama fala 'ó, está vendo isso aqui, olha o que aconteceu'.” (S08)

“A gente começa a falar, lê um artigo, fala a respeito, o outro lembra de outro artigo e aí lembra do paciente que atendeu e que iniciou tal situação.” (S11)

“Então por isso que eu falo, eu amo quando é treinamento in loco, porque assim, você envolver várias equipes, cada equipe tem a sua situação, sua realidade, que vai pontuar e isso às vezes foge um pouquinho do que a outra área está esperando. Então assim, juntar todo mundo da mesma área e eles discutirem a mesma situação no seu setor, de onde eles estão, onde eles vivenciam a necessidade, acho isso muito válido.” (S12)

“‘Dá uma lida e depois a gente discute’ então acho que isso é muito rico. Não entregar tudo de prontidão. Porque tudo pronto a pessoa vai olhar ‘ah não vou fazer assim não’, não vai dar atenção e aquilo acaba não fixando com o decorrer do tempo.” (S12)

“Eu sempre tento apontar para eles o porquê a gente está fazendo, o porquê aquilo foi colocado e não simplesmente vir e ‘olha a gente tem um template novo e tem que fazer’. Não. Eu tento explicar para eles entenderem o porquê e não só como mais uma demanda que tem que ser feita. Então eu acho que isso eles aceitam muito bem e a gente consegue fazer fácil assim, eles entendem melhor.” (S14)

“A gente tenta mostrar para ele o porquê aconteceu. Às vezes ele não consegue visualizar o porquê. Será que esqueceu alguma coisa, ou errou porque... Acho essa maneira importante.” (S16)

4.4 MODELO TEÓRICO: GESTOR IDENTIFICA A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO NA ASSISTÊNCIA E BUSCA ESTRATÉGIAS PARA SUPERAR AS DIFICULDADES ENCONTRADAS AO APLICÁ-LA

A forma como o gestor enxerga e atua nas práticas de desenvolvimento foi agrupada na categoria “Olhar para o processo de desenvolvimento”. Observou-se a interpretação do gestor para o papel da educação, por vezes restrita, pontual, de atualização e de reforço, mas exaltando o impacto positivo que gera na assistência prestada e, portanto, o seu compromisso com a prática.

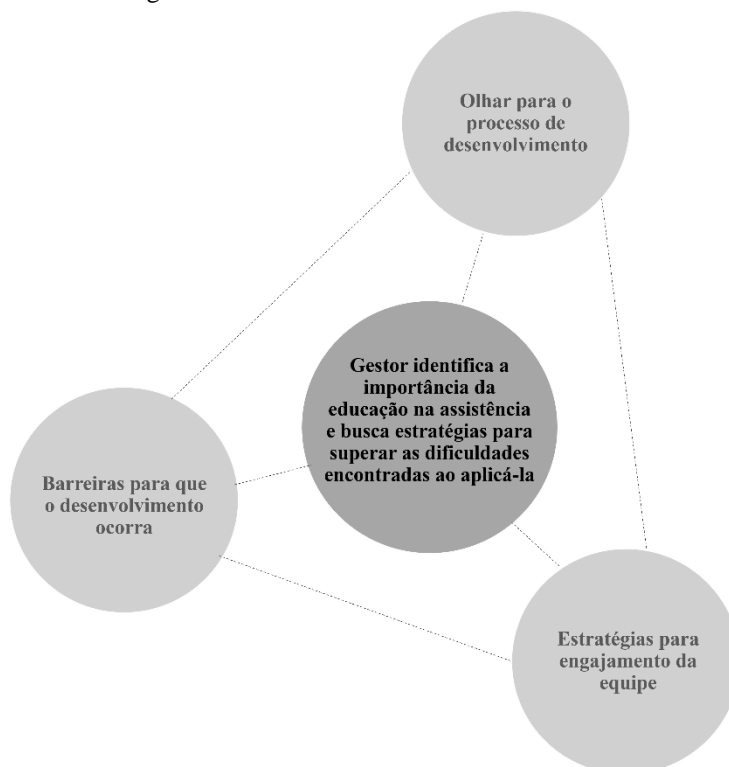
Foram expostos os fatores que demonstram a relação do gestor com o desenvolvimento como um todo e a forma como o realiza com sua equipe no dia a dia. O gestor procura entender o que está por trás de uma demanda, ouve a sua equipe e tem atenção ao orientá-la por meio da estratégia que julga ser a melhor em cada caso.

Entretanto, alguns desafios são encontrados para realizar o desenvolvimento de sua equipe. Em “Barreiras para que o desenvolvimento ocorra” o gestor demonstra ciência destas dificuldades e as pontua. Também são identificadas oportunidades de melhoria na capacitação destes profissionais em gestão de pessoas, com repercussão na eficácia das atividades de desenvolvimento realizadas.

Para superar as adversidades, são praticadas iniciativas para incentivar e estimular a aprendizagem nas áreas, como mostra a categoria “Estratégias para engajamento da equipe”. O relacionamento entre gestor e equipe, a forma como são favorecidas as oportunidades de desenvolvimento e como são atribuídas significância a elas, são exemplos de que o gestor está atento a motivar a sua equipe nestas ações.

Como ilustrado na Figura 4.4, essas três categorias se cruzam e se conectam a uma categoria central, que é o modelo teórico do estudo: **“Gestor identifica a importância da educação na assistência e busca estratégias para superar as dificuldades encontradas ao aplicá-la”**.

Figura 4.4 - Relação entre as categorias e o modelo teórico do estudo



Fonte: A autora.

Na prática, a relação entre as categorias e subcategorias ocorre de maneira natural, influenciando direta ou indiretamente umas às outras, e convergindo para a percepção que o gestor assistencial possui sobre EP.

A educação na assistência é vista como algo que nunca para e deve ser sempre exigida, “cobrada” da equipe para retomar rotinas perdidas, repetindo as informações até que ocorra mudança da prática.

Essa “cobrança” surgiu nas três categorias sob diferentes aspectos. Na forma como o gestor vê o seu papel de administrar a participação da equipe nas atividades, visando a atingir uma meta da área. Na facilitação em escala da participação da equipe pelo gestor que, embora seja importante para engajar o colaborador na atividade, também possui uma cobrança da participação após. E, por fim, como uma barreira, uma vez que o treinamento cobrado é o treinamento obrigatório, que geralmente é menos atrativo do que aquele que o próprio profissional estudou e se interessou em aprender mais sobre o assunto.

Outros fatores também permeiam mais de uma categoria, como alguns encontrados nas subcategorias: atribuição de significância às ações propostas; envolvimento no processo; atividades que não geram resultados. Desta forma, o que influencia o olhar do gestor para executar uma estratégia específica de engajamento, pode, ao mesmo tempo, criar uma dificuldade para que o bom desenvolvimento ocorra. Uma barreira pode interferir no pensamento e na prática da educação pelo gestor e, ao mesmo tempo, levá-lo a ter iniciativas para conseguir realizar e inovar a educação em sua área. As estratégias que foram implementadas para superar as barreiras, podem reforçar a ideiação que o gestor tem sobre educação.

Um mesmo ponto pode estar facilmente presente em categorias diferentes, deixando claras as relações de causa-consequência entre elas e revelando as dificuldades encontradas pelo gestor ao praticar a educação nas unidades assistenciais.

O gestor não consegue definir e até mesmo não tem conhecimento sobre a EP. Porém, traz pensamentos e iniciativas que condizem com os seus propósitos. A dificuldade em verbalizar uma prática sua pode gerar uma barreira no momento de executar suas ideias e, por isso, as estratégias empregadas não trazem os resultados esperados.

Nesse sentido é possível compreender as potencialidades da participação dos profissionais nas atividades propostas, pela maneira com a qual eles são engajados a isso e como essa presença é facilitada pelo gestor. As fragilidades, por sua vez, são evidenciadas com a execução de estratégias menos atrativas, pela dificuldade e complexidade da rotina assistencial,

ou pela falta de motivação do profissional em aprender, resultando na repetição de um mesmo conteúdo até que o gestor veja uma mudança da prática do colaborador.

5 DISCUSSÃO

O modelo teórico encontrado, **“Gestor identifica a importância da educação na assistência e busca estratégias para superar as dificuldades encontradas ao aplicá-la”**, traz para discussão o conhecimento que o gestor assistencial possui sobre EP e a maneira como a coloca em prática com sua equipe.

A educação é reconhecida e valorizada pelo gestor pelo seu impacto positivo na assistência prestada ao paciente. Um estudo que verificou a percepção de gestores de uma instituição hospitalar sobre a EP, percebeu o mesmo: os gestores acreditam que a EP é capaz de integrar processos assistenciais aos de formação, melhorando a comunicação interprofissional e o trabalho realizado (35). Contudo, após 10 anos da implementação da PNEPS, em uma análise sobre a necessidade de atualização da Política com representantes da gestão de todo o Brasil, foi evidenciada a falta de compreensão da maioria dos gestores sobre a importância da EPS para melhoria da atenção à saúde (23).

Em 2021 (52), pesquisadores apontaram como potencialidades da EPS os benefícios que ela pode gerar na assistência com a melhoria do serviço de uma forma geral, integrando os profissionais, desenvolvendo habilidades e, portanto, transformando as práticas e os processos de trabalho.

A pandemia da Covid-19 deixou mais evidente a importância da adequação constante das melhores condutas, conforme ocorria o entendimento da doença. Estudos publicados no Brasil demonstraram melhora no desempenho das atividades diárias das equipes, uma vez que elas eram capacitadas com os conhecimentos técnicos e científicos (53). A prática baseada em evidências deve ser reconhecida e incentivada (54), mas a formação profissional não deve se restringir ao diagnóstico, tratamento e etiologia de doenças, devendo olhar da mesma forma para a integralidade e humanização da assistência (28). Além das competências técnicas, a PNEPS propõem que sejam trabalhadas outras características importantes para que a atenção integral à saúde oferecida seja, entre outros, resolutiva e acolhedora (55).

A lógica da EP em ser descentralizada, ascendente e transdisciplinar, além de favorecer a melhora da qualidade do cuidado à saúde, com práticas críticas, éticas e humanas, possibilita o desenvolvimento da aprendizagem (28). Desta forma, há necessidade em disseminar o potencial pedagógico entre todos os atores envolvidos: gestores, trabalhadores, serviço, formadores, controle social e sistema de saúde (55). A liderança local neste processo deve garantir um ambiente favorável para as melhores práticas a partir do planejamento e da

implementação de estratégias que capacitem a equipe de trabalho para uma aprendizagem coletiva, criando reflexões e sentidos às ações (17,18,54).

Em 2017, uma pesquisa identificou 3 papéis dos gestores: administrativo, social e motivacional (35). Segundo a autora, no primeiro papel, cabe ao gestor realizar adequado diagnóstico e planejamento das ações educativas, acompanhando seus resultados, analisando e sugerindo modificações se necessário. No papel social, o gestor também deve se atualizar, demonstrando interesse e dando visibilidade à EP. Por fim, na esfera motivacional, deve sensibilizar a sua equipe para participação nas atividades.

Como apresentado no modelo teórico do estudo, nas ações realizadas pelo gestor para implementação dos processos educativos, é feita a busca por estratégias que favoreçam o aprendizado. Tais estratégias são os potenciais que eles encontram dentro de sua realidade para promover a EP, estando presentes ações do papel administrativo, social e motivacional levantados no estudo citado anteriormente.

Uma gestão participativa, olhando para a autonomia de sua equipe, é favorecida pela EPS (52), que proporciona um espaço de diálogo e de aproximação hierárquica, valorizando o potencial de cada um (36). Ao falar da pedagogia da autonomia, Paulo Freire estimula a provocação para que o indivíduo aprenda a partir do despertar da curiosidade e do incentivo a arriscar-se a conhecer constantemente (56).

A valorização que o gestor atribui à EP incide na melhoria assistencial promovida pelas ações educativas (35) e, portanto, o gestor deve engajar os trabalhadores nessas atividades enfatizando a importância que elas promovem em sua prática e no relacionamento com a equipe (57). O envolvimento da equipe pelo gestor se dá do mesmo modo no planejamento das ações, trabalhando em colaboração para identificação das necessidades de aprendizagem (17). “A gestão compartilhada das intervenções promove a inclusão e a responsabilização do coletivo, proporcionando valorização dos sujeitos no processo” (36, p. 239). Esta interação permite que seja trabalhada a problematização dos processos e da qualidade do trabalho, garantindo a aplicabilidade e relevância do conteúdo à equipe (28). Desta forma, a partir da reflexão dos profissionais sobre os seus processos de trabalho, eles se tornam corresponsáveis por eles, e mais comprometidos com a execução e os resultados obtidos (58).

Além disso, a avaliação da prática para identificação das oportunidades de melhorias nas competências requeridas para exercício de suas funções, por meio de *feedbacks* ao profissional sobre o seu desempenho, é uma forma de realizar a devolutiva e fazer-se igualmente presente como supervisão de apoio (1,17).

Profissionais de saúde de uma clínica de terapia renal substitutiva referem que a importância e o empenho que são dados pela gestão influenciam diretamente o andamento das ações de EPS (59). Situação análoga é apresentada em outro estudo ao analisar a visão que profissionais da enfermagem possuem de seu desenvolvimento profissional (60). Os autores mostraram que a cultura organizacional e um ambiente que favoreça o aprendizado é fundamental para a motivação dos profissionais em participar das atividades propostas. O papel do gestor em criar esse ambiente mostrando interesse pelo seu próprio desenvolvimento, como um modelo a ser seguido, e tendo atitudes de valorização e apoio da educação no trabalho, refletiu positivamente na equipe (60).

Da mesma forma, a variedade na oferta de atividades de desenvolvimento e a facilidade no acesso a elas são fatores que motivam os profissionais para participação das ações educativas, sendo dada importância também às aprendizagens informais (60). A EPS não precisa necessariamente de data e hora para acontecer, podendo ser feita em qualquer lugar: de reuniões formais a conversas informais (61). O importante para ser facilitador do desenvolvimento é que a discussão dos temas sejam atuais e relevantes, com proposições adaptadas à realidade, promovendo análise e mudanças na instituição (35,55).

O tipo de metodologia aplicada para cada demanda encontrada está entre as estratégias levantadas pelos gestores no presente estudo. A utilização de práticas pedagógicas que estimulem a problematização e a experimentação leva à aprendizagem significativa e, conseqüentemente, contribui para que os próprios trabalhadores identifiquem os problemas no dia a dia a partir de atitudes reflexivas (52,55).

O uso de metodologias problematizadoras é vista com satisfação entre os trabalhadores, que se motivam em se reunir para discutir questões de seu serviço, considerando as experiências de cada um (59). Os profissionais se sentem inseridos nas ações e apresentam melhora das relações interpessoais ao participarem de atividades que empregam as metodologias ativas (62). Aplicar métodos inovativos desperta o interesse da equipe para essa aprendizagem (38) e a EPS incorpora elementos das metodologias ativas de ensino-aprendizagem que permitem essas inovações (20).

Entretanto, essas técnicas requerem maior aprofundamento e dedicação para elaboração e tempo para aplicação, nem sempre acessíveis devido à rotina do serviço, levando à escolha pelos métodos tradicionais de ensino-aprendizagem (62).

Outro ponto considerado facilitador do desenvolvimento por profissionais da saúde foi a presença das atividades em escala para participação de todos, contribuindo para organização

da rotina e as tornando obrigatórias na jornada do trabalhador (35). Contudo, essa proposta de distribuição em escala aparece no presente estudo tanto como um facilitador como um dificultador. Este contraste é igualmente percebido em uma revisão integrativa quando os autores, ao analisarem a EPS sob diferentes cenários, observaram alguns aspectos presentes em diferentes categorias (52).

Entre as fragilidades para que ocorra o desenvolvimento, a obrigatoriedade de participação nas atividades prejudica a atribuição de significância que é dada ao treinamento. Para os gestores de um hospital público “a terminologia ‘Permanente’ está atrelada à obrigatoriedade de treinamentos para todos e em todos os setores” (35, p. 39). Em outra pesquisa analisando as concepções da enfermagem sobre a EP, os próprios profissionais confessam participar das atividades por determinação prévia do gestor, seja pela obrigatoriedade do treinamento, seja por sua dificuldade em sair da rotina (63).

A literatura aponta que a sobrecarga de trabalho e o dimensionamento insuficiente prejudica a participação dos trabalhadores (52,60,64), os quais preferem priorizar a assistência à educação, dado que acumulam as suas tarefas ao se ausentarem da rotina para realizar um treinamento (63).

A EP é, ainda, abdicada por uma dificuldade do gestor em encontrar oportunidades para realização de momentos de discussão e reflexão, devido à dinâmica do setor, à falta de tempo em sua agenda (65) ou ainda por não conseguir identificar as demandas do dia a dia que se beneficiariam com as práticas da EPS (52). O gestor acaba utilizando metas do serviço que precisa cumprir e falhas encontradas na rotina para propor ações pontuais à sua equipe (35). Em suma, as atividades educacionais ficam limitadas a essas necessidades específicas e momentâneas, sendo realizada pelo gestor conforme a sua gestão de tempo permite, com ausência de planejamento e de valorização adequados (52,57,64,65).

A dificuldade em identificar as demandas é, do mesmo modo, proveniente da falta de conhecimento do gestor em como facilitar, planejar e/ou entregar essas atividades, contribuindo para a não participação da equipe nas ações de desenvolvimento (60).

Estratégias de qualificação da gestão são necessárias, com aprimoramento dos conhecimentos, habilidades e atitudes da sua prática profissional da mesma forma que deve ser feito com a sua equipe (11,35).

Um estudo com profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município do Estado do Paraná sobre a percepção da EPS na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa, observou, na fala dos 4 gestores entrevistados dentre outros profissionais, deficiência na conceitualização da EPS, apresentando “falta de formação e

aprimoramento das pessoas envolvidas na gestão das ESF na criação e desenvolvimento de processos formativos aos profissionais do SUS” (66, p. 65).

Ao ouvir as frágeis concepções de EPS de coordenadores de Núcleos de EPS do Estado da Paraíba, um estudo coloca “a importância de agregar a EPS na matriz curricular dos cursos de graduação na área da saúde, assim como nos serviços de saúde, por ser pauta importante para aplicar nos processos de trabalho” (62, p. 31). No referido estudo, a autora identifica que nem sempre o conceito de EPS estava de acordo com a PNEPS, embora os coordenadores soubessem de seu impacto para a promoção de mudanças da prática.

Isso se evidencia no modelo teórico quando o gestor, ao encontrar as dificuldades de aplicação da educação na saúde, busca estratégias para superá-la. Nessas escolhas, os gestores praticam alguns fundamentos de EP, mesmo não possuindo um conceito claro sobre ela. Outra pesquisa que avaliou a perspectiva de gestores da AB, evidenciou o mesmo: apesar de haver confusão entre os conceitos de EP e EC, a EP ocorre em trocas profissionais, grupos de atendimentos e reuniões que são realizadas (57).

Já em outro trabalho com gestores de ESF, foi encontrada uma contradição dos gestores na hora de formalizar as ações de EP programadas (67). Os autores observaram que os gestores entrevistados possuem conceitos de EP bem próximo ao preconizado pela PNEPS, porém, os demais profissionais relataram em seus discursos que os momentos de aprendizagem ofertados são descontextualizados às necessidades do SUS.

Essa mistura entre conceitos e ações praticadas de EPS e EC foi verificada em diversos estudos (26,35,38,41,52,57,64–66,68,69). Pesquisadores (26), analisando a elaboração dos referenciais sobre a educação na saúde, indicam que talvez nem os próprios atores envolvidos na sua aplicação saibam dizer o que preferem, se EPS ou EC, e tampouco o poder da diferença entre elas. Os autores questionam se é importante a forma como o referencial é denominado, tendo em vista que a prática realizada está adequada.

Entretanto, a dificuldade de compreensão dos princípios da EP interfere nas ações de EP que são encontradas nos serviços de saúde (38). Uma pesquisa atribuindo a confusão entre esses conceitos à uma formação “engessada” dos gestores, diz ser necessário “um processo de refinamento dos conceitos para os sujeitos, de modo que as potencialidades e os limites de cada um desses métodos esteja clara e possa ser mobilizada conforme suas necessidades no cotidiano de trabalho na área da saúde” (57, p. 39). A dificuldade em diferenciar EP de EC leva à realização de atividades de aprendizagem como momentos limitados a transmissão de

informações que geralmente não implicam na significação para mudança de prática, como é feito nas ações de EP (52,67).

Estudos concluem que os gestores identificam práticas de EP como sendo atualização profissional motivada pela busca constante de conhecimentos e informações para atender as atividades diárias, com capacitações e atualizações programadas e, em sua maioria, direcionando os temas para os aspectos biológicos do processo saúde-doença (35,68,69).

Os cursos e programas que aperfeiçoam a formação dos profissionais de saúde são benéficos à atuação deles, porém, por muitas vezes não são contextualizados à realidade local (61). Para aprender a fazer, são necessárias habilidades que possibilitem o profissional a enfrentar situações diversas e a trabalhar em equipe (15). Competências que as qualificações profissionais tradicionais não transmitem (15).

Para o desenvolvimento dos profissionais de saúde ser eficaz, ele precisa ser relevante, reflexivo, participativo e contínuo, atendendo as necessidades da equipe e dos usuários (6,54,64), fazendo com que não seja apenas uma relação de cursos pontuais aplicados ao trabalho, mas sim uma educação que pensa o trabalho e o processo formativo (28).

A EPS chega para retirar o profissional de saúde de uma “posição de ‘recurso humano’ como um realizador de tarefas para uma posição de sujeito que reflete sobre a sua realidade e os processos de trabalho” (69, p. 383), trabalhando em equipes multidisciplinares com uma prática segura e centrada nas pessoas (6).

Um estudo com trabalhadores da Atenção Primária à Saúde revelou que os profissionais preferem que ocorram ações educativas na concepção da EC, com conteúdo técnico-científico, associado à EPS, com reflexões sobre as práticas de saúde (37). Esse diálogo e trabalho em conjunto entre a EC e EPS é importante para o processo de formação dos profissionais de saúde (69), sendo ambos necessários para manter as suas competências alinhadas ao progresso tecnológico e aos novos conhecimentos (4). Atividades em sala de aula podem ser uma etapa do processo, utilizadas como um momento de retroalimentação para a análise da prática, por exemplo (21).

É necessário que a EP seja melhor divulgada, corrigindo erros sobre o seu conceito e sua aplicação, incentivando diálogos sobre a PNEPS e valorizando os conhecimentos adquiridos no cotidiano (23,61).

Ademais, uma pesquisa coloca a importância de uma mudança institucional com envolvimento dos atores que decidem as regras, pois a promoção da autonomia e da responsabilização das equipes para diagnóstico e busca de soluções, também precisa de desbloqueios institucionais que viabilizem a transferência do aprendizado para a ação (21).

Sem este apoio, os profissionais de saúde não inserem a cultura de “aprender a conhecer” no seu dia a dia. Essa aprendizagem, onde há passagem de saberes codificados para o domínio do conhecimento com compreensão do mesmo em seu meio (15), reforça os princípios da EPS que nem sempre estão presentes na rotina assistencial, como mostrou uma pesquisa a qual entrevistou enfermeiros atuantes em hospitais a fim de observar as relações existentes entre atividades educativas dos trabalhadores e os seus processos de trabalho (58). Foi observado que os enfermeiros não consideram as ações educativas como parte de seu cotidiano, visto que elas não foram citadas nas descrições feitas sobre seus processos de trabalho. A autora refere, ainda, que a ausência de aspectos referentes a EPS nas falas dos enfermeiros mostra que esta concepção “somente aparece associada ao reconhecimento da pertinência de realização das atividades educativas de trabalhadores de enfermagem no próprio local de trabalho” (p.164), sendo as atividades educativas utilizadas como um instrumento pontual e não para a problematização da prática.

Para que ocorra a EPS de acordo com as diretrizes da PNEPS, alguns pontos precisam ser repensados, dentre eles, a falta de planejamento dos gestores, a falta de qualificação dos profissionais para atividades educacionais e a ausência de instrumentos que auxiliem os gestores a colocar em prática o proposto pela referida Política (64).

O envolvimento dos gestores, com maior compreensão sobre este processo como um todo, se faz necessário para consolidar a EPS como uma prática para promoção de mudanças (68), e o apoio organizacional, bem como o uso de ferramentas de auxílio na gestão contribuem para essa consolidação.

6 CONCLUSÕES

Neste estudo, as entrevistas proporcionaram a identificação de um modelo teórico que exemplifica a percepção dos gestores sobre a EP e a sua atuação em uma instituição hospitalar: a dificuldade do gestor em trazer a EP para a prática, apesar dos esforços exercidos por eles em fazê-lo e da valorização a ela dada.

A literatura corrobora com a teoria apresentada, apontando as potencialidades quanto a participação dos profissionais, bem como as barreiras e fragilidades que são encontradas nas instituições de saúde como um todo.

Dentre as estratégias realizadas para engajar a equipe nas atividades educativas, observa-se o envolvimento dos profissionais no planejamento das ações; o estímulo à busca do conhecimento pela equipe, compartilhando-o posteriormente com os demais colegas; o favorecimento em escala para a presença dos profissionais nos treinamentos; o uso de metodologias ativas nas atividades; e uma boa relação entre gestor e equipe, com a aproximação do gestor no dia a dia. Essas iniciativas geram motivação para a participação dos profissionais, favorecendo para que ocorra a significância nas ações propostas.

O fato de a educação na saúde ser capaz de melhorar a assistência prestada, garantindo a qualidade e minimizando potenciais eventos adversos, a faz constante e obrigatória nas instituições hospitalares. Ao valorizar as atividades educativas, com a consciência do impacto positivo que a educação pode gerar nas relações interpessoais e no cuidado ao paciente, o gestor se torna um exemplo positivo, agregando valor às ações realizadas. Logo, o gestor possui um papel essencial para impulsionar o desenvolvimento de sua equipe, atuando diretamente no processo de ensino-aprendizagem.

Entretanto, os gestores apresentam algumas barreiras para realizar a EPS no dia a dia, por motivos diversos, entre eles: a falta de motivação pessoal de alguns profissionais; dificuldade da equipe em sair da assistência; falta de capacitação do gestor para o desenvolvimento, apresentando dificuldades para identificar as demandas de educação na área e para organizar seu tempo e sua rotina para estes momentos; ou ainda por atividades que não foram bem planejadas/executadas e, portanto, não geraram resultados.

O gestor adquire, ainda, uma função de educador e avaliador das rotinas e dos processos, por meio das auditorias que realiza e dos indicadores assistenciais que acompanha. A educação, muitas vezes, acaba assumindo um papel punitivo em virtude de uma falha encontrada pelo gestor. Já a obrigatoriedade da participação dos profissionais em ações educativas, é vista como

uma meta institucional que precisa ser alcançada. Assim sendo, questiona-se o quanto a compreensão dos objetivos da atividade é atingida nesses momentos, e, portanto, se houve significância nessas ações.

Além disso, o não conhecimento de conceitos e premissas da EPS acaba levando os gestores a ter uma visão da educação como ações pontuais, individualizadas e pré-programadas. Não compreender a EP influencia no desempenho do gestor em desenvolver sua equipe e, desta forma, no alcance dos objetivos esperados das ações educativas realizadas no local.

A EPS tem sido uma proposta de qualificação dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho. Realizar o desenvolvimento profissional baseado nela, garantindo a discussão dos problemas e a transformação das práticas de maneira interprofissional, permite que a aprendizagem ocorra de modo que seja relevante diante da complexidade e do dinamismo que é encontrado em uma instituição hospitalar. Porém, para ser eficiente, a EP precisa de um planejamento e execução adequados, o que está atrelado ao domínio que os executantes dessas etapas precisam ter de todo o processo.

Apesar das potencialidades e fragilidades serem bem ilustradas pela literatura, percebe-se, em publicações recentes, um cenário semelhante nos últimos anos. Por mais que o assunto seja debatido em nível Municipal, Estadual e Federal, e assim deve continuar a ser feito, faltam ferramentas práticas para que a mudança de fato aconteça em esferas menores.

Diante do analisado nesta pesquisa e com o objetivo de auxiliar na tradução da EPS para a prática, foi desenvolvida uma proposta de guia para ser implementado em instituições de saúde, o qual se intitula “**Guia para Ação: a Educação Permanente em Saúde no seu dia a dia**” (Apêndice C). O material foi produzido utilizando o programa *Microsoft PowerPoint*[®] para *Microsoft 365*[®] e transformado em arquivo PDF via *Adobe Acrobat*[®] para ser compartilhado no formato digital.

O produto elaborado apresenta conceitos de EPS e EC e suas aplicações, a fim de esclarecer as diferenças entre as terminologias e favorecer para que sejam realizadas em conformidade com suas proposições. Ademais, são apresentadas sugestões práticas para que o gestor local possa incorporar a EPS em sua rotina, adaptando-as às suas condições de trabalho, e fortalecendo a gestão enquanto elemento motivacional e desenvolvidor de suas equipes.

Com o mencionado guia produzido, espera-se que o gestor consiga fortalecer as estratégias já executadas e superar as barreiras identificadas neste estudo para que alcance os resultados que a EPS é capaz de promover.

REFERÊNCIAS⁵

1. WHO - World Health Organization. The world health report 2006: working together for health. Geneva; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
3. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *Mundo Saúde*. 2011;35(3):319–31. doi: 10.15343/0104-7809.20113319331.
4. WHO - World Health Organization. World Health Report - Health System: Improving performance. Geneva; 2000.
5. Copanitsanou P, Fotos N, Brokalaki H. Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *Br J Nurs*. 2017;26(3):172–6. doi: 10.12968/bjon.2017.26.3.172.
6. HWAC - Health Workforce Advisory Committee. Minister of Health (NZ). Strategic principles for workforce development in New Zealand. Wellington; 2005.
7. Leonello VM. Competências para ação educativa da enfermeira: uma interface entre o ensino e a assistência de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2007.
8. You L-ming, Aiken LH, Sloane DM, Liu K, He G-ping, Hu Y, et al. Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):154–61. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.05.003.
9. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4415–23. doi: 10.1590/S1413-81232011001200014
10. De Oliveira MPR, Menezes IHCF, De Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(4):547–59. doi: 10.1590/1981-52712015v40n4e02492014.
11. Brasil. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. A gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: CONASS; 2011.
12. National Health Service (UK). Department of Health. Liberating the NHS: developing the healthcare workforce from design to delivery. London; 2012.
13. National Health Service (UK), Department of Health, Education Policy. The education outcomes framework. London; 2013.

⁵ De acordo com estilo Vancouver.

14. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Magne BC, editor. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
15. Delors J, Al-Mufti I, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek B, et al. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Séc. XXI. 8ª ed. Eufrázio JC, tradutor. São Paulo: Cortez Editora; Brasília (DF): MEC, UNESCO; 2003.
16. Lima EP, Lezana ÁGR. Desenvolvendo um framework para estudar a ação organizacional: das competências ao modelo organizacional. *Gestão Prod.* 2005;12(2):177–90. doi: 10.1590/S0104-530X2005000200004.
17. National Health Service (UK). Health Education England. Multi-professional framework for advanced clinical practice in England. London; 2017.
18. WHO - World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva; 2010.
19. Falkenberg MB, Mendes TPL, de Moraes EP, de Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(3):847–52. doi: 10.1590/1413-81232014193.01572013.
20. Gigante RL, Campos GWS. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trab Educ Saúde.* 2016;14(3):747–63. doi: 10.1590/1981-7746-sip00124.
21. Davini MC. Enfoques, problemas e perspectivas na Educação Permanente dos recursos humanos de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009: p. 39–56.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
24. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
25. OPAS - Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Educación permanente de personal de salud en la Region de las Américas: Fascículo I: Propuesta de Orientación. Fundamentos. Washington; 1988. Série Desarrollo de Recursos Humanos.
26. Cavalcanti FOL, Guizardi FL. Educação continuada ou permanente em saúde? *Trab Educ Saúde.* 2018;16(1):99–122. doi: 10.1590/1981-7746-sol00119.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF) (2004 fev. 16); Sec.1:37-41.
28. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2004;14(1):41–65. doi: 10.1590/S0103-73312004000100004.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Polos de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais de referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília (DF) (2006 fev. 23); Sec.1:43-51.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF) (2007 ago. 22); Sec.1:34-8.
32. Ogata MN, Silva JAM, Peduzzi M, Costa MV, Fortuna CM, Feliciano AB. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:1–9. doi: 10.1590/S1980-220X2020018903733.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
35. Querino SLS. A educação permanente em um hospital público na perspectiva dos gestores: conhecer para intervir [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2017.
36. Lamante MPS, Chirelli MQ, Pio DAM, Tonhom SFR, Capel MCM, Corrêa ME da SH. A educação permanente e as práticas em saúde: concepções de uma equipe multiprofissional. *Rev Pesqui Qual*. 2019;7(14):230–44. doi: 10.33361/RPQ.2019.v.7.n.14.268.
37. da Silva JAM, Peduzzi M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde Soc*. 2011;20(4):1018–32. doi: 10.1590/S0104-12902011000400018.
38. Campos KFC, Sena RR de, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):1–10. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0317.

39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
40. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
41. Mishima SM, Aiub AC, Rigato AFG, Fortuna CM, Matumoto S, Ogata MN, et al. Perspectiva dos gestores de uma região de estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):665–73. doi: 10.1590/S0080-623420150000400018.
42. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
43. Pava-Cárdenas A, Vieira VL, Alzate-Yepes T, Cervato-Mancuso AM. Concepções e aplicações da avaliação de processo educativo. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM. *Mudanças alimentares e educação alimentar e nutricional*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 373-81.
44. Leal LA, Soares MI, Silva BR, Chaves LDP, Camelo SHH. Desafios para desenvolver competências no âmbito hospitalar. *Reme Rev Min Enferm*. 2018;22:1–8. doi: 10.5935/1415-2762.20180042.
45. Flick U. Introdução à coleção pesquisa qualitativa. In: Gibbs G. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 7-12.
46. Charmaz K. Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. 2ª ed. California (EUA): Sage Publication, Inc.; 2000. p. 509–36.
47. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
48. Minayo M. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
49. Gibbs G. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)* (2013 jun. 13); Sec.1:59-62.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)* (2016 mai. 24); Sec.1:44-6.

52. Pralon JA, Garcia DC, Iglesias A. Educação permanente em saúde: uma revisão integrativa de literatura. *Res Soc Dev.* 2021;10(14):e355101422015. doi: 10.33448/rsd-v10i14.22015.
53. Silva SEHLS, Oliveira MMA, Silva MC, Melo HSLC, Silva AJM, Silva VV, et al. A importância da educação permanente hospitalar no período da Covid-19. *Recisatec.* 2022;2(1):1–16. doi: 10.53612/recisatec.v2i1.60.
54. Roumell EA, Todoran C, Salajan FD. A Framework for capacity building in adult and workforce education programming. *Adult Lit Educ Int J Literacy.* 2020;2(2):16–32. doi: 10.35847/ERoumell.CTodoran.FSalajan.2.2.16.
55. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(4):975–86. doi: 10.1590/S1413-81232005000400020.
56. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* 46º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.
57. Carvalho ER. *A educação permanente em saúde na perspectiva de gestores da Atenção Básica [dissertação].* São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2020.
58. Silva AM. *Processo de trabalho e atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em hospitais públicos [tese].* São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2010.
59. Lima APF, Rocha BS, Menezes IHCF, Pereira ERS. Refletindo sobre a educação permanente em saúde: potencialidades e limitações na terapia renal substitutiva. *Interface - Comun Saúde Educ.* 2021;25:1–18. doi: 10.1590/interface.200494.
60. Mlambo M, Silén C, McGrath C. Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nurs.* 2021;20(1):1–13. doi: 10.1186/s12912-021-00579-2.
61. Ravazine B, Ribeiro SFR. Considerações sobre educação permanente em saúde: revisão bibliográfica. *Interfaces Educ.* 2017;8(22):363–87. doi: 10.26514/inter.v8i22.1577.
62. Nóbrega CBM. *Potencialidades das metodologias ativas para a (re)significação dos núcleos de educação permanente, do Estado da Paraíba [dissertação].* Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2021.
63. Alves CM, Ferreira ERO, Xavier JC, SÁ ACMGN. Contribuições da educação permanente para qualificação da assistência de enfermagem em um hospital público. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2018;22(1):87–94. doi: 10.22478/ufpb.2317-6032.2018v22n1.32575.
64. Ferreira L, Barbosa JSA, Cruz MM, Esposti CDD. Educação permanente em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate.* 2019;43(120):223–39. doi: 10.1590/0103-1104201912017.

65. Mazzoni VG. Gestão em um hospital oncológico: perspectivas da educação permanente em saúde [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa; 2017.
66. Fernandes JN. Percepção de profissionais e gestores das equipes da estratégia saúde da família sobre a educação permanente, na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2019.
67. Maciel JAC, Castro-Silva II, Farias MR, Vasconcelos MIO, Dias MSA, Queiroz MVO. Discurso do sujeito coletivo das concepções sobre educação permanente em saúde de gestores e cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde. *Rev Pesqui Qual.* 2019;7(13):117–34. doi: 10.33361/RPQ.2019.v.7.n.13.265.
68. Vendruscolo C, Anastácio CA, Toldo J, Antunes D, Zocche A. Educação permanente em saúde: percepção dos gestores do SUS na macrorregião oeste, em Santa Catarina. *Rev Eletr Com Inf Inov Saúde.* 2013;7(4). doi: 10.3395/reciis.v7i4.574.
69. Macêdo NB, Albuquerque PC, Medeiros KR. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. *Trab Educ Saúde.* 2014; 12(2):379–401. doi: 10.1590/S1981-77462014000200010.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

Rapport:

- Formação:
 - Graduação
 - Possui pós-graduação? Qual(is)?
- Cargo atual:
 - Tempo de ocupação do cargo
 - Quantos colaboradores respondem a você?

1) Durante sua atuação como gestor você já identificou a necessidade de alguma atividade de desenvolvimento para a sua equipe?

Como você identifica essas demandas?

Normalmente participa do planejamento e execução dessas ações?

Objetivo: como identificam as demandas de treinamento; como chega as necessidades externas.

Responde ao objetivo do trabalho: Identificar a atuação do gestor no desenvolvimento dos seus colaboradores

2) Você percebe que há interesse na equipe em participar das atividades?

O que acha que contribui para isso? Tanto para o positivo quanto para o negativo.

Geralmente observa resultados?

Acha que poderia mudar essa situação de alguma maneira?

Objetivo: como ocorrem as atividades (participação dos colaboradores; divulgação; motivação); entender as lacunas para melhorar a resposta aos treinamentos; entender se o gestor se preocupa com os resultados e participação de seus colaboradores.

Responde ao objetivo do trabalho: Identificar as potencialidades e as fragilidades na participação dos colaboradores nas atividades de EP, na percepção do gestor e identificar a atuação do gestor no desenvolvimento dos seus colaboradores.

3) Você acha importante o papel do gestor no processo de desenvolvimento dos colaboradores?

Objetivo: verificar a atuação do gestor no desenvolvimento dos seus colaboradores.

Responde ao objetivo do trabalho: Identificar a atuação do gestor no desenvolvimento dos seus colaboradores

4) Dentre as competências exigidas para os seus colaboradores, você pode me dizer 3 que você considera como essenciais?

Você consegue trabalhá-las de alguma forma durante as atividades de desenvolvimento planejadas?

Objetivo: observar o que o gestor entende que é de sua responsabilidade para desenvolver na equipe.

Auxilia no objetivo do trabalho: Elaboração de produto educacional para desenvolvimento de gestores

5) Para finalizar, se você pudesse definir para mim a EP, com as suas palavras, como seria?

Objetivo: entender se compreende o papel da EP em uma instituição de saúde para qualificação do serviço.

Responde ao objetivo do trabalho: Identificar o conceito que o gestor possui sobre EP

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº Complemento:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

Convidamos o(a) senhor(a) a participar de uma pesquisa científica. Pesquisa é um conjunto de procedimentos que procura criar ou aumentar o conhecimento sobre um assunto. Estas descobertas embora frequentemente não tragam benefícios diretos ao participante da pesquisa, podem no futuro ser úteis para muitas pessoas.

Para decidir se aceita ou não participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) precisa entender o suficiente sobre os riscos e benefícios, para que possa fazer um julgamento consciente. Inicialmente explicaremos as razões da pesquisa. A seguir, forneceremos um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), documento que contém informações sobre a pesquisa. Uma vez compreendido o objetivo da pesquisa e havendo seu interesse em participar, será solicitada a sua rubrica em todas as páginas do TCLE e sua assinatura na última página. Uma via assinada deste termo deverá ser retida pelo senhor(a) e uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável.

1. TÍTULO DA PESQUISA: Gestão assistencial e a educação permanente: perspectivas no contexto hospitalar

PESQUISADOR: Silvia de Souza Rolim

CARGO/FUNÇÃO: nutricionista pesquisadora da FSP-USP

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº: CRN-3 23991

PROGRAMA: Mestrado Profissional Interunidades - Formação Interdisciplinar em Saúde; Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (FO/FSP/EE-USP).

LOCAL DE COLETA DE DADOS: _____

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO RISCO BAIXO RISCO MAIOR **3. DURAÇÃO DA PESQUISA:** Um ano e meio.**4. APRESENTAÇÃO:****A) Objetivos e procedimentos:**

O objetivo da pesquisa é analisar a percepção de gestores assistenciais atuantes em uma Instituição Hospitalar sobre a educação permanente realizada em sua área de atuação.

A pesquisa se dará por uma entrevista individual conduzida exclusivamente pela pesquisadora dentro dos princípios éticos, respeitando o entrevistado e proporcionando um ambiente que garanta o seu bem-estar.

B) Desconfortos, riscos e benefícios

Se aceitar participar desta pesquisa, a entrevista será gravada para posterior transcrição literal e análise do conteúdo. Durante a gravação o(a) senhor(a) poderá apresentar desconforto no momento de expor suas opiniões. Entretanto, todo o conteúdo será registrado com codificações que não permitirão associação das informações obtidas ao entrevistado, garantindo, portanto, a confidencialidade dos dados e a imparcialidade na análise do conteúdo.

O possível desconforto não acarretará riscos à sua integridade física, pessoal e/ou profissional.

A partir dos resultados obtidos será elaborado um produto educacional para ser utilizado no desenvolvimento de educação permanente em saúde.

C) Forma de acompanhamento e assistência

Em qualquer etapa do estudo, o(a) senhor(a) terá acesso à profissional responsável pela pesquisa, a pesquisadora Silvia de Souza Rolim, que poderá ser encontrada pelo email: silvia.rolim@usp.br.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com a Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP (CAPPesq - HCFMUSP): Rua Ovídio Pires de Campos, 225 - Cerqueira César - São Paulo - SP – 5º andar – Prédio da Administração - CEP: 05403-010, horário de atendimento: 7:00-16:00h; Tel: (11) 2661-7585/1548/1549; E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br.

D) Liberdade de recusar-se e retirar-se do estudo

A escolha de entrar ou não nesse estudo é inteiramente sua. O(A) senhor(a) também tem o direito de retirar-se deste estudo a qualquer momento e, se isso acontecer, as informações coletadas serão imediatamente descartadas sem nenhuma forma de penalização.

E) Manutenção do sigilo e privacidade

Os seus dados serão analisados em conjunto com outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante sob qualquer circunstância.

Solicitamos sua autorização para que os dados obtidos nesta pesquisa sejam utilizados em uma publicação científica, meio como os resultados de uma pesquisa são divulgados e compartilhados com a comunidade científica. Caso alguma citação de sua fala seja utilizada,

ela será relacionada a um código, sendo selecionados somente trechos que não remetam a situações que possam levar a identificação do sujeito por terceiros.

F) Garantia de Ressarcimento

O(A) senhor(a) não terá qualquer custo, pois o custo desta pesquisa será de responsabilidade do orçamento da pesquisa.

G) Garantia de indenização

O (A) senhor(a) tem direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **Gestão assistencial e a educação permanente: perspectivas no contexto hospitalar**.

Eu discuti com a Silvia de Souza Rolim sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Data ____/____/____

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Data ____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo

APÊNDICE C - Produto educacional desenvolvido

GUIA PARA AÇÃO

**A Educação Permanente em Saúde
no seu dia a dia**

Silvia de Souza Rolim

Ficha Técnica do Produto

ELABORAÇÃO E AUTORIA

Silvia de Souza Rolim

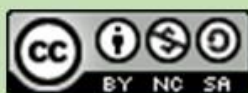
ORIENTAÇÃO

Profa Dra Ana Maria Cervato Mancuso

Este Produto Educacional é parte integrante da dissertação de mestrado intitulada “Gestão assistencial e a educação permanente: perspectivas no contexto hospitalar”, apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.



1ª Edição

São Paulo - 2022



Índice

Apresentação	01
Educação x Saúde	02
Permanente x Continuada	03
O gestor neste processo	04
Ferramentas	05
Referências	10

- *Índice interativo: clique no assunto para avançar até a página.*
- *No canto superior direito das páginas, clique em  para retornar ao Índice ou para voltar. *

Apresentação



O **Guia para ação: a Educação Permanente em Saúde no seu dia a dia** é resultado de uma pesquisa que analisou a percepção de gestores assistenciais de um hospital de grande porte em São Paulo sobre a educação permanente.

Foram feitas entrevistas com os gestores e, a partir da relação estabelecida entre as ideias e os sentidos manifestados em 3 categorias principais (*Olhar para o processo de desenvolvimento, Barreiras para que o desenvolvimento ocorra e Estratégias para engajamento da equipe*), foi elaborada a teoria: **"Gestor identifica a importância da educação na assistência e busca estratégias para superar as dificuldades encontradas ao aplicá-la"**.

Essa teoria mostra que, apesar de saber que a educação tem um impacto importante na assistência, nem sempre o gestor consegue praticá-la de maneira adequada.

Por isso, a partir das maiores barreiras que os gestores enfrentam em suas rotinas, foi elaborado este material. Espera-se com este guia nortear os gestores para agir de forma a fortalecer a educação permanente nas instituições de saúde.

Aproveite!

Educação x Saúde



Alguns conceitos para começar:

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- Direcionada aos **indivíduos e população**
- Aumenta a autonomia das pessoas no seu cuidado
- Permite debate com profissionais visando atender as suas necessidades

- Direcionada aos **profissionais de saúde**
- Para produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde

EDUCAÇÃO NA SAÚDE



EDUCAÇÃO CONTINUADA

Ações para aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Ações educativas embasadas na **problematização do processo** de trabalho a partir das necessidades de saúde das pessoas e das populações.

O **aprender e o ensinar estão incorporados ao cotidiano** das organizações.



Você sabia que existe uma Portaria do Ministério da Saúde que implementa a **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**?

Busque nas referências deste guia e saiba mais sobre o assunto!

Permanente x Continuada



Ambas importantes, mas diferentes! Atente-se a estes pontos:

	EDUCAÇÃO CONTINUADA	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos	Transformação das práticas
Definição das práticas	A partir de um conhecimento determinado	Elementos que façam sentido aos sujeitos envolvidos. Podem ser: conhecimentos, valores, organização do trabalho, etc.
Forma de trabalho	Descendente. Um problema é interpretado e são identificados temas e conteúdos para serem trabalhados com os profissionais.	Ascendente. Um problema é identificado e discutido em equipe para identificação de nós críticos.
Atividades educativas	Cursos padronizados ; Atividades pontuais e fragmentadas.	Conteúdos contextualizados ; Discussão e reflexão dos problemas encontrados.

O gestor neste processo



A Educação Permanente em Saúde com o uso da **problematização**



Leva a

contextualização do tema

possibilitando

reflexão das práticas discutidas



gerando

significância do conteúdo

promovendo

transformação da prática

O gestor deve **acompanhar e incentivar a participação de sua equipe em todas essas etapas!**

Trabalhando sempre os aspectos característicos da educação permanente, destacadas ao lado.

A seguir você encontrará algumas sugestões para te auxiliar neste processo.

Antes disso, tenha cuidado para as ações educativas não serem vistas de forma negativa como

Cobrança organizacional

Cumprimento de metas da área

Punição/ castigo por falha executada



Lembre-se:

Seja **protagonista do seu desenvolvimento!**

Pesquise, estude e amplie as suas estratégias de liderança para construção de uma equipe fortalecida com a educação permanente.

Ferramentas



Planejamento

Problemas/ eventos adversos/ queixas chegam e temos que solucioná-los.

Mas será que um treinamento resolve todos eles?

Para planejar adequadamente uma ação, é preciso entender a situação em questão. Essa é a proposta que você verá em **Entendendo a demanda.**



Cultura

Time grande, esquema de plantões, rotina assistencial apertada... Como motivar a equipe para participar de treinamentos?

Não é simples, mas aprendizagem também é cultural. Aos poucos podemos inserir uma cultura de aprendizagem capaz de estimular a equipe no seu próprio desenvolvimento.

Entenda com sua equipe o que eles gostam de fazer, como gostariam de aprender mais e crie espaços de aprendizagem.

E quando temos treinamentos externos, sem o poder de decisão, discuta como podemos aproveitá-los melhor. Envolve ao máximo a sua equipe!

Entenda um pouco mais como fazer isso em **Engajando a equipe.**



Organização

Grande parte das atividades que fazemos diariamente são hábitos. **Torne o desenvolvimento do seu time um hábito também!**

Em **Organizando a agenda** você verá algumas ideias de como planejar o seu tempo, a fim de conseguir equilibrar o olhar para sua equipe dentre as outras tantas demandas diárias.



Comece devagar: pequenas ações já serão valiosas!

Entendendo a demanda

- Responda as perguntas norteadoras de cada etapa para compreender a sua demanda.
- **Envolva sua equipe e outras equipes no processo:** é importante ouvir outras perspectivas e experiências para chegar na solução mais assertiva.
- Lembre-se das características da educação permanente e busque **metodologias ativas, problematizadoras**, para aplicar.

ETAPA	PERGUNTAS NORTEADORAS
IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	O está acontecendo que deveria ser diferente? Preciso buscar mais dados para entender a demanda?
SITUAÇÃO ATUAL	Quais condutas podem ser aprimoradas? Que competências precisam ser desenvolvidas para atender as divergências encontradas?
SITUAÇÃO DESEJADA	Quais transformações quero atingir?
ATIVIDADE A DESENVOLVER	Quais conteúdos precisam ser trabalhados? Como será colocado em prática a atividade? (formato, local, carga horária, período de execução)
REFLEXÕES ESPERADAS	Que reflexões quero criar com a atividade?
ENGAJAMENTO	Como posso engajar a equipe para que a mudança aconteça?

Alterações e adaptações durante o percurso podem ser necessárias.
Reveja o processo quantas vezes for preciso!
E lembre-se: a aprendizagem também pode ocorrer em momentos informais!

Engajando a equipe

O Plano de Desenvolvimento Individual, o famoso PDI, deve ser trabalhado ao longo de todo o ano!

Tenha conversas com todos de sua equipe e nesse momento busque:

- 1** **Começar com uma troca:** aproxime-se do(a) colaborador(a) se interessando por sua história e o(a) conhecendo mais.
- 2** **Ouvir o que ele(a) tem para dizer:** peça para que coloque as percepções que ele(a) possui sobre o local de trabalho, dos demais da equipe e de sua liderança.
- 3** **Levar as suas percepções** como gestor.
- 4** **Estimular a autonomia e o protagonismo:** estimule a busca pelo próprio desenvolvimento! Peça que defina pequenas metas para serem realizadas ao longo de 1 ano.
Como sugestão, peça que reflitam e preencham o quadro a seguir.

Qual meu propósito? O que eu busco nesse momento?	<i>[Escreva o que te move no dia a dia, o que te interessa quando você pensa no que gosta de fazer e no que faz bem]</i>	
Como você se vê profissionalmente em 1 a 3 anos? O que você pretende fazer para atingir esse objetivo profissional?	<i>[Descreva aqui suas ambições de carreira]</i>	
Quais competências precisam ser desenvolvidas para atingir sua ambição?	Quais ações você deverá realizar?	Até quando essa ação deve ser realizada?
<i>[Descreva aqui qual tema será trabalhado]</i>	<i>[Descreva aqui qual ação será realizada]</i>	
	<i>[Descreva aqui qual ação será realizada]</i>	

Favoreça e incentive a participação da equipe nas atividades programadas!

Mas, atenção:

Não coloque em escala e somente peça para estar presente



Explique o objetivo do treinamento que está pedindo para ele(a) participar

Não peça simplesmente para te entregarem o certificado após a participação



Pergunte o que achou do curso, o que ele(a) gostou/não gostou

continua →

07

Engajando a equipe

Trabalhar a **motivação** da equipe também é importante para que os profissionais se comprometam com seu trabalho e, conseqüentemente, com seu desenvolvimento.

Abaixo estão exemplos de como fazer isso com a equipe.

INICIATIVA	COMO	PORQUE / BENEFÍCIOS
O seu talento em roda	<p>Peça para cada profissional escrever 3 talentos que acreditam ter (ex.: criatividade, organização, escuta, etc.). Em grupo, peça que cada um compartilhe o que escreveu e como acha que essas habilidades podem ajudar/colaborar em seu dia a dia e com a equipe.</p> <p>Não é possível essa discussão com todos presencialmente? Então peça para escreverem, monte uma nuvem de palavras e divulgue em um mural para que todos visualizem e se identifiquem no todo.</p>	<p>Realizar atividades onde a equipe conheça uns aos outros, ajuda a se identificarem e se compreenderem.</p> <p>O profissional se conecta com ele mesmo, valorizando as suas características.</p> <p>O gestor consegue identificar o perfil de sua equipe e suas forças.</p>
Mandou bem! ou Mural da Gentileza	<p>Monte um painel onde as pessoas possam deixar recados positivos aos outros membros da equipe. Vale ser algo que todos conseguem ler as mensagens deixadas para estimular os elogios!</p> <p><i>Ex.: "Maria, obrigado por me ajudar no plantão hoje. Adoro poder contar com você"; "João arrasou hoje no treinamento de higienização das mãos!"; "Marcos você é sempre paciente e atencioso ao esclarecer as minhas dúvidas. Muito obrigado!"</i></p> <p>Não tem espaço para um painel? Estabeleça um dia da semana e mande um e-mail para todos lembrando: "Já reconheceu alguém hoje? Mande uma mensagem/e-mail para alguém!".</p>	<p>Com a rotina nos esquecemos dos pequenos reconhecimentos, como elogios e agradecimentos, mas eles são de extremo valor para nos motivarmos no dia a dia.</p> <p>Não esqueça de dar seus feedbacks positivos frequentemente também!</p>
Hora do café	<p>Já tomou um café com sua equipe? Mantenha momentos para que possam conversar de qualquer coisa, menos o trabalho!</p>	<p>A conexão entre as pessoas da equipe, e do gestor com a equipe, melhora o convívio e as relações diárias.</p>

Organizando a agenda



Para uma atividade se tornar um hábito é preciso:

LEMBRAR

Deixe um lembrete no seu campo de visão

COBRAR

Tenha disciplina! Faça um calendário com suas metas, acompanhe seus sucessos e fracassos e faça os ajustes necessários.



Reconhecer e compartilhar as suas conquistas é muito importante para a manutenção do novo hábito!

Traga a atividade sempre para o **lado positivo**. Ex.: conseguir realizar o desenvolvimento da equipe trará melhores resultados para a minha área. Não pense que “é só mais uma atividade que irá atrasar as demais demandas do dia”.

Organize o seu dia de modo que ele fique mais fluido

- »» Coloque as atividades na agenda diminuindo as interrupções e o número de transições entre as tarefas.
 - »» Definir os tempos das atividades transforma a tarefa em compromisso e deixa clara a prioridade do dia.
- »» Mantenha no planejamento do dia espaços para possíveis intercorrências na área. Caso aconteça, você conseguirá remanejar o restante das atividades com mais tranquilidade.
- »» Inclua no seu planejamento as pausas para se conectar com a sua equipe!
- »» Precisa de concentração? Deixe um recado na porta pedindo que, se não for urgente, retornem em 15-20 minutos.
- »» Planeje as reuniões para otimizar o tempo: o que pretendem planejar, informar e/ou decidir? Como farão isso?



Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Polos de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF) (2007 ago. 22); Sec.1:34-8.

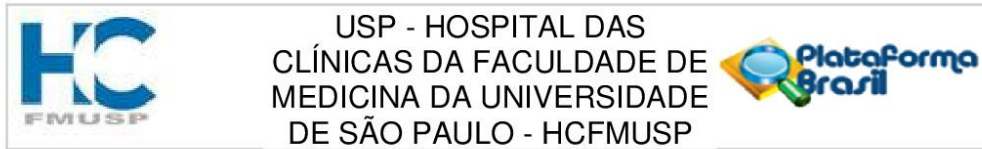
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

Instituto Teya. Exploradores do futuro da aprendizagem. São Paulo: Instituto Teya; 2021. [E-book] [citado 04 fev. 2022]. Disponível em: <https://www.teya.us/>

Rolim SS. Gestão assistencial e a educação permanente: perspectivas no contexto hospitalar [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Versão Original.

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão assistencial e a educação permanente: perspectivas no contexto hospitalar

Pesquisador: SILVIA DE SOUZA ROLIM

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38855220.0.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.360.071

Apresentação do Projeto:

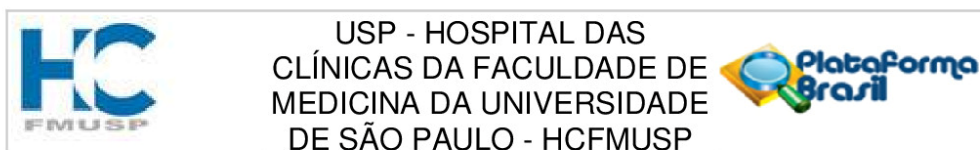
"O ambiente hospitalar, com a sua complexidade e seu dinamismo, requer constante aprimoramento de suas práticas. A formação e capacitação dos profissionais de saúde estão relacionadas à qualidade da assistência prestada e, portanto, requerem atenção e melhorias contínuas. A educação permanente, como proposta de transformação das práticas por meio da aprendizagem significativa, possui importante papel no desenvolvimento desses profissionais. Na função de gerenciar as demandas dos serviços de saúde, os gestores atuantes na assistência hospitalar devem articular essas necessidades com o desenvolvimento de sua equipe, utilizando a educação permanente como um importante aliado para tal".

"Pesquisa qualitativa com objetivo de analisar a relação de gestores com a educação permanente".

"Serão feitas entrevistas individuais com gestores de unidades hospitalares que prestem assistência direta ao paciente".

Metodologia de Análise de Dados: "Transcrição das entrevistas com estratificação dos dados por meio das etapas de análise da Teoria Fundamentada: codificação aberta, codificação axial e

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 4.360.071

codificação seletiva, com uso do programa Microsoft Excel 365".

"Desfecho Primário: Identificação das oportunidades de melhorias na atuação do gestor na educação permanente.

Desfecho Secundário: Elaboração de um produto educacional para desenvolvimento dos gestores".

Tamanho da Amostra no Brasil: 45

Critério de Inclusão:

- Ser profissional da área da saúde;
- Ser coordenador de profissionais que prestam assistência direta ao paciente; - Exercer cargo de coordenação há pelo menos um ano.

Critério de Exclusão: Serão excluídos os coordenadores atuantes em plantão administrativo e os que estiverem afastados do serviço durante o período de coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a percepção de gestores de unidades assistenciais de um hospital público sobre o processo de educação permanente.

Objetivo Secundário:

- Identificar a atuação do gestor no desenvolvimento dos seus colaboradores;
- Identificar as potencialidades e as fragilidades na participação dos colaboradores nas atividades de EP, na percepção do gestor;
- Identificar o conceito que o gestor possui sobre EP.

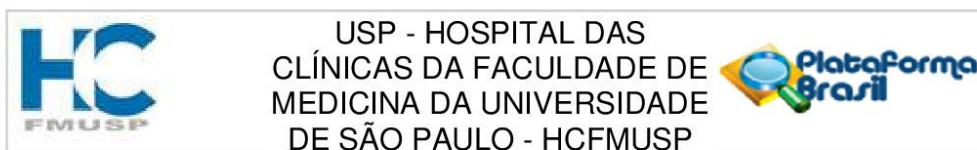
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora:

Riscos:

"Ao participar da pesquisa, a entrevista será gravada para posterior transcrição literal e análise do

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 4.360.071

conteúdo. Durante a gravação o entrevistado poderá apresentar desconforto no momento de expor suas opiniões. Entretanto, todo o conteúdo será registrado com codificações que não permitirão associação das informações obtidas ao entrevistado, garantindo, portanto, a confidencialidade dos dados e a imparcialidade na análise do

conteúdo. O possível desconforto não acarretará riscos à integridade física, pessoal e/ou profissional do participante".

Benefícios:

"A partir dos resultados obtidos será elaborado um produto educacional para ser utilizado no desenvolvimento de educação permanente em saúde".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Submissão inicial

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

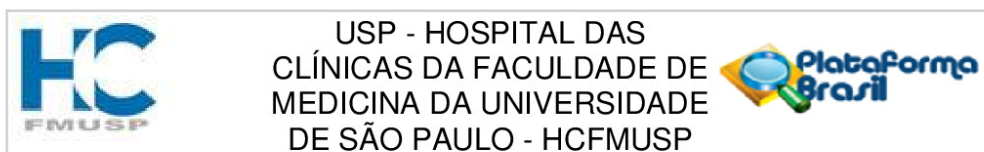
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1402229.pdf	02/10/2020 23:04:38		Aceito

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 4.360.071

Folha de Rosto	FR_SilviaSouzaRolim.pdf	02/10/2020 23:02:37	SILVIA DE SOUZA ROLIM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SilviaSouzaRolim.pdf	02/10/2020 23:01:59	SILVIA DE SOUZA ROLIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_SilviaSouzaRolim.pdf	02/10/2020 23:01:48	SILVIA DE SOUZA ROLIM	Aceito
Orçamento	Custos_SilviaSouzaRolim.pdf	02/10/2020 23:01:34	SILVIA DE SOUZA ROLIM	Aceito
Cronograma	Cronograma_SilviaSouzaRolim.pdf	02/10/2020 22:57:05	SILVIA DE SOUZA ROLIM	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 26 de Outubro de 2020

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br