

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
URI – CÂMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN/RS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO
PPGEDU - MESTRADO E DOUTORADO**

JAIR ANTÔNIO ZANCAN

**EDUCAÇÃO PERMANENTE: UM CAMINHO PARA HUMANIZAÇÃO DA
ATENÇÃO EM SAÚDE**

FREDERICO WESTPHALEN/RS

2022.

JAIR ANTÔNIO ZANCAN

**EDUCAÇÃO PERMANENTE: UM CAMINHO PARA HUMANIZAÇÃO DA
ATENÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação de Mestrado, apresentada como requisito final para obtenção do título de mestre, pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI/Câmpus de Frederico Westphalen/RS.

Orientadora: Dra. Silvia Regina Canan

FREDERICO WESTPHALEN/RS

2022

JAIR ANTÔNIO ZANCAN

**EDUCAÇÃO PERMANENTE: UM CAMINHO PARA HUMANIZAÇÃO DA
ATENÇÃO EM SAÚDE**

**Dissertação de Mestrado, apresentada
como requisito final para obtenção do
título de mestre, pelo Programa de Pós-
Graduação *Stricto Sensu* em Educação,
da Universidade Regional Integrada do
Alto Uruguai e das Missões,
URI/Câmpus de Frederico
Westphalen/RS.**

BANCA EXAMINADORA

Dra. Silvia Regina Canan - Orientadora
URI/Câmpus de Frederico Westphalen

Prof. Dra. Maristela Borin Busnello
UNIJUÍ

Prof. Dr. Claudionei Vicente Cassol
URI

Frederico Westphalen/RS 19 de dezembro de 2022.

IDENTIFICAÇÃO

Instituição de Ensino/Unidade:

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

URI/Câmpus de Frederico Westphalen.

Rua Assis Brasil, n. 709 – Bairro Itapagé – 98400-000 – Frederico Westphalen/RS.

Direção do Câmpus:

Diretora Geral: Profa. Dra. Silvia Regina Canan;

Diretora Acadêmica: Profa. Dra. Elisabete Cerutti;

Diretor Administrativo: Prof. Dr. Ezequiel Plinio Albarello.

Departamento/Curso:

Departamento de Ciências Humanas.

Chefe: Ms. Maria Cristina Gubiani Aita.

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação – Mestrado e Doutorado.

Coordenadora: Dra. Luci Mary Duso Pacheco.

Orientadora:

Dra. Silvia Regina Canan.

Orientando:

Jair Antônio Zancan.

Temática:

Educação em saúde.

Dedico este trabalho a meu pai Antônio Zancan, por tudo que sua simplicidade me ensinou. Citando um, dos tantos momentos que tivemos, alguns meses antes de sua partida, olhando pela janela do quarto, próximo a seu leito, apontou para um canto do jardim e disse “*plante ali um pé de ameixa e outro de pêssego, talvez eu não vá comer, mas você, seus filhos e amigos vão. Procure pensar não somente no hoje, mas no amanhã também*” (*in memoriam*).

A minha querida mãe Nair Lopes Dal Piva, seu amor, humildade e coração bondoso me instruíram a trilhar o caminho do bem (*in memoriam*).

A minha esposa Marília Dala Lana Zancan e filhos amados, Enzo Zancan e Maria Júlia Zancan, por serem meu porto seguro.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento desta dissertação de Mestrado contou com a ajuda de diversas pessoas, dentre as quais agradeço e aqui destaco, inicialmente, minha professora orientadora, Dra. Silvia Regina Canan, que durante meses e meses me acompanhou pontualmente, dando todo o suporte necessário para elaboração e evolução deste lindo trabalho.

Aos professores do Mestrado que através dos seus ensinamentos despertaram a curiosidade da pesquisa científica, instigando e permitindo que eu pudesse, hoje, estar concluindo essa dissertação.

Desejo expressar meus agradecimentos mais sinceros também à Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

A todos que participaram da pesquisa, pela colaboração e disposição no processo de obtenção de dados, entendendo a importância da pesquisa científica de campo na construção de novos saberes e práticas.

Aos meus pais, que me incentivaram a cada momento, que estiveram ao meu lado e não permitiram que eu desistisse nos primeiros anos de ensino, no médio, na graduação, nas especializações, MBA, assim chegando ao tão sonhado Mestrado (*in memoriam*).

À minha esposa e aos meus filhos por serem meu porto seguro durante toda minha caminhada, pela paciência e apoio a esse projeto tão altruísta.

Desejo manifestar meu reconhecimento mais sincero a todas as pessoas que colocaram à minha disposição seus conhecimentos, auxílio, sugestões e espírito crítico.

É preciso diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, até que, num dado momento a tua fala seja a tua prática.

(Paulo Freire)

RESUMO

Esse estudo busca relacionar educação e saúde, tratando de questões sobre a humanização das instituições de saúde no tratamento dos pacientes, visando tornar a cadeia mais horizontal, pensando em um profissional preparado para realizar um primeiro atendimento de qualidade para o paciente. O objetivo central da presente pesquisa foi analisar se a educação permanente nos serviços de saúde potencializa a humanização da atenção em saúde. Trata-se de um estudo bibliográfico e documental, com viés qualitativo e abordagem hermenêutica, o estudo também contou com pesquisa de campo e aplicação de questionário. Foram enviados 445 (100%) questionários, com o objetivo de atingir 30% do universo de gestores, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos das instituições que aceitam participar da pesquisa, obteve-se 155 retornos, atingindo o percentual de 34,83%. Dentre os resultados/achados da pesquisa, destaca-se que dos 155 respondentes, 141 (91%) foram do sexo feminino e apenas 14 (9%) do sexo masculino, além disso, a faixa etária que prevaleceu na pesquisa, com 71 (46%) profissionais, foi de 26 a 35 anos, demonstrando um quadro de funcionalismo jovem na área de saúde, na região pesquisada, a maioria dos respondentes, ou seja 97 (64%) sujeitos se encontram atuando junto a instituição há um período entre 1 e 5 anos. Conclui-se que a humanização em saúde exige a mudança dos padrões de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, aceitando que existe uma grande necessidade de possibilitar novas e melhores relações entre todos os envolvidos nesse processo, humanizar em saúde significa criar espaços legítimos de fala e escuta, uma vez que um atendimento humanizado é dependente de muitos fatores, tais como a existência de colaboradores e profissionais de saúde treinados, que saibam responder às dúvidas do paciente, com tranquilidade, organização, cumplicidade e carisma.

Palavras-chaves: Educação Permanente. Saúde Pública. Humanização. Gestão/Cogestão Pública. Atenção e Serviços.

ABSTRACT

This study seeks to relate education and health, dealing with questions about the humanization of the health institutions in the treatment of patients, aiming to turn the chain more horizontal, thinking of a professional prepared to provide an excellent first attendance for the patient. The central objective of this research is to analyze whether the permanent education in health services enhances the humanization of health care. It is a bibliographic and documentary study, with a qualitative bias and hermeneutic approach, the study also assumes field research with the application of a questionnaire. 445 (100%) questionnaires were sent, with the objective of reaching 30% of the universe of managers, nurses, nursing technicians and pharmacists of the institutions that agreed to participate in the research, 155 responses were obtained, reaching the percentage of 34.83%. Among the results/findings of the research, it is noteworthy that of the 155 respondents, 141 (91%) were female and only 14 (9%) were male, in addition, the age group that prevailed in the research, with 71 (46%) professionals, was between 26 and 35 years old, demonstrating a young workforce in the health area, in the researched region, most of the respondents, that is, 97 (64%) subjects have been working with the institution for a period between 1 and 5 years. It is concluded that the humanization in health requires changing the standards of care and management in health services and systems, accepting that there is a great need to enable new and better relationships between all those involved in this process. Humanizing in health means creating legitimate spaces for speaking and listening, since humanized care depends on many factors, such as the existence of trained health professionals and collaborators, who know how to respond precisely to the patient's doubts, with tranquility, organization, complicity and charisma.

Keywords: Permanent Education. Public health. Humanization. Public Management/Co-management. Attention and Services.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Quadro 01: Primeiros resultados da pesquisa para o estado do conhecimento | 34 |
| Figura 01: Momentos em ações e treinamentos | 18 |
| Figura 02: Melhorias na estrutura | 20 |
| Figura 03: Equipamentos adquiridos e novos leitos | 21 |
| Figura 04: Lugar de sujeitos e objetos nos cuidados em saúde | 30 |
| Figura 05: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Frederico Westphalen | 74 |
| Figura 06: Hospital Santo Antônio (HSA) de Tenente Portela | 83 |
| Figura 07: Hospital Santa Terezinha de Palmitinho/RS | 93 |
| Figura 08: Hospital Pio XII de Seberi/RS | 100 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| Gráfico 01: Primeiros resultados da pesquisa para o estado do conhecimento | 35 |
| Gráfico 02: Pesquisa Scielo - Programas que possibilitam a educação permanente em saúde | 36 |
| Gráfico 03: Pesquisa Scielo - Cogestão nas práticas de saúde | 38 |
| Gráfico 04: Pesquisa Portal de Periódicos da CAPES - Programas que possibilitam a educação permanente em saúde | 39 |
| Gráfico 05: Pesquisa Portal de Periódicos da CAPES - Cogestão nas práticas de saúde | 40 |
| Gráfico 06: Perfil dos respondentes (masculino – feminino) | 61 |
| Gráfico 07: Faixa Etária | 62 |
| Gráfico 08: Tempo de Serviço | 63 |
| Gráfico 09: Motivos para trabalhar na área de saúde | 64 |
| Gráfico 10: Formação | 66 |
| Gráfico 11: Tempo decorrido da última atualização | 67 |
| Gráfico 12: Faixa etária dos colaboradores da UPA | 75 |
| Gráfico 13: Principal motivação para você atuar em serviços de saúde | 76 |
| Gráfico 14: Tempo decorrido desde a última formação | 77 |
| Gráfico 15: Faixa etária dos colaboradores do HSA | 84 |
| Gráfico 16: Tempo de atuação no HSA | 85 |
| Gráfico 17: Principal motivação para você atuar em serviços de saúde | 86 |
| Gráfico 18: Tempo decorrido desde a última formação | 87 |
| Gráfico 19: Faixa etária dos colaboradores do Hospital Santa Terezinha | 94 |
| Gráfico 20: Tempo de atuação no Hospital Santa Terezinha | 95 |
| Gráfico 21: Tempo decorrido desde a última formação | 96 |
| Gráfico 22: Tempo de atuação no Hospital Pio XII | 101 |
| Gráfico 23: Tempo decorrido desde a última formação | 102 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|---|
| APH | Atendimento pré-hospitalar; |
| AIH | Autorização de Internação Hospitalar; |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa; |
| EP | Educação Permanente; |
| EPS | Educação Permanente em Saúde; |
| ESF | Estratégia Saúde da Família; |
| HST | Hospital Santa Terezinha; |
| HSA | Hospital Santo Antônio; |
| HSR | Hospital São Roque; |
| NAPS | Núcleo de Apoio Psicossocial; |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; |
| OMS | Organização Mundial de Saúde; |
| OPS | Organização Pan-americana da Saúde; |
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; |
| PNH | Política Nacional de Humanização; |
| PNVS | Política Nacional de Vigilância em Saúde; |
| PIM | Primeira Infância Melhor; |
| PHPN | Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento; |
| PROVAB | Programa de Valorização do profissional da Atenção Básica; |
| PMAQ-AB | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; |
| PSE | Programa Saúde na Escola; |
| RT | Responsável Técnico; |
| SUS | Sistema Único de Saúde; |
| BLS | Suporte Básico de Vida; |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; |
| UBS | Unidade Básica de Saúde; |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento. |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 17 |
| 2.1 Problema de Pesquisa e Tema..... | 24 |
| 2.2 Questões Norteadoras | 25 |
| 2.3 Objetivo Geral..... | 25 |
| 2.4 Objetivos específicos..... | 25 |
| 3 METODOLOGIA | 27 |
| 3.1 Questionário e metodologia de análise de resultados..... | 31 |
| 3.2 Considerações éticas | 32 |
| 4 ESTADO DO CONHECIMENTO | 34 |
| 5 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: POLÍTICAS E PROCESSOS | 42 |
| 6 GESTÃO EM SAÚDE: PERSPECTIVA TRANSDISCIPLINAR, HORIZONTALIZADA E HUMANIZADA | 51 |
| 6.1 Políticas humanizadoras: empatia, responsabilidade e comprometimento | 53 |
| 6.2 Políticas humanizadoras - estrutura em saúde: espaço acolhedor..... | 56 |
| 7 RESULTADOS E DISCUSSÕES | 60 |
| 7.1 Dados gerais e discussões | 60 |
| 7.2 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)..... | 73 |
| 7.3. Hospital Santo Antônio (HSA)..... | 82 |
| 7.4 Hospital Santa Terezinha..... | 92 |
| 7.5 Hospital Pio XII | 100 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 106 |
| REFERÊNCIAS | 110 |
| APÊNDICE | 118 |
| Apêndice A: Questionário | 119 |

INTRODUÇÃO

Com a intenção de abordar a educação permanente, analisando os caminhos possíveis para a humanização nos atendimentos e na atenção em saúde, neste estudo, relaciona-se educação e saúde, tratando de conceitos como educação na saúde, educação em saúde, formação permanente, gestão pública na área de saúde, humanização das instituições de saúde, *empowerment*, entre outros temas relevantes para atingir o objetivo aqui proposto, que é de analisar se a educação permanente nos serviços de saúde potencializa a humanização da atenção em saúde.

Relacionar educação e saúde se apresenta como uma necessidade nos tempos atuais. Nesse viés, este estudo pertence ao âmbito da política e gestão pública, tratando de questões sobre a humanização das instituições de saúde no tratamento dos pacientes, visando tornar a cadeia mais horizontal, pensando em um profissional de saúde¹ capacitado (*empowerment*) e preparado para realizar um primeiro atendimento de qualidade para o paciente.

Sobre o *empowerment*, trata-se de um termo em inglês, cujo significado em português é empoderamento, ou seja, dar poder a alguém, esse conceito surge como uma ferramenta para que as competências dos colaboradores possam ser aplicadas ao máximo na otimização dos processos organizacionais, favorecendo a empresa e possibilitando que os funcionários tenham poder para tomar decisões e assumir responsabilidades. (LIMA, 2019).

Nesse contexto, em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que representa um marco para a formação e trabalho em saúde no país. A PNEPS foi revisada em 2018 e sua proposta assume a regionalização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), visando construir bases para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento das carências e das necessidades do sistema nacional de saúde. (BRASIL, 2018).

De acordo com a PNEPS, o conceito de educação na saúde versa sobre a produção e sistematização de conhecimentos atinentes à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, abrangendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular, podendo ser dividida em educação continuada e

¹ Neste estudo o termo profissional de saúde abrange todo o funcionalismo, colaboradores servidores, entre outros, atuantes na área de saúde. Registramos que estão incluídas as questões de gênero, também, tanto de servidores e servidoras, quanto dos e das pacientes.

educação permanente em saúde (EPS). A EPS se configura como a aprendizagem que acontece no trabalho, na qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. (BRASIL, 2018).

Humanizar os serviços em saúde se relaciona com considerar cada sujeito, nesse sentido, é necessário que toda a equipe de saúde seja capaz de entender a si mesma e ao outro, tomando consciência dos valores e princípios que norteiam sua ação. Quando se põe em prática o princípio da justiça, o respeito é automaticamente praticado, percebendo que ser justo não é tratar igualmente todos os pacientes, mas sim considerar as necessidades, as condições clínicas e sociais de cada um. (SGRECCIA, 1996).

Com esses objetivos, a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, procura concretizar os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, determinar mudanças positivas nas maneiras de gerir e cuidar, fomentar a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, para enfrentar as relações de poder e as práticas desumanizadoras, favorecendo a autonomia e a corresponsabilidade. (BRASIL, 2010).

O *empowerment* é um dos conceitos trabalhados na PNH, o qual envolve muitos campos de conhecimento, na área da saúde, particularmente, é entendido como o processo envolto na transformação da realidade, na produção de saúde e de sujeitos saudáveis, concretizado com a participação social, posta como objetivo efetivo da promoção de saúde. (SOUZA *et al.*, 2014).

Salienta-se que, nestes escritos, a compressão sobre o que significa *empowerment* acompanha a conceituação realizada por Shor e Freire (1986, p. 10), que sinalizam que a palavra possui muita riqueza e significa “A) dar poder a, B) ativar a potencialidade criativa, C) desenvolver a potencialidade criativa do sujeito, D) dinamizar a potencialidade do sujeito.”

Esta pesquisa percorreu esses caminhos e buscou formas de pensar a qualificação dos profissionais de saúde, para, através disso, conquistar um atendimento em saúde mais humanizado. De forma prática, buscamos subsídios junto aos gestores, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos dos hospitais gerais das cidades de Tenente Portela/RS, Seberi/RS, Palmitinho/RS e Frederico Westphalen/RS, nessa última, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) integrou o estudo. Nesse sentido, a pesquisa se valeu de um questionário (Apêndice A) e a

análise contou com a observação do pesquisador em visitas a estes espaços, buscando entender como o processo é realizado e como a educação pode qualificá-lo ainda mais.

Foram enviados questionários a 100% gestores, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos pertencentes ao quadro de funcionários dos hospitais gerais e UPA das cidades elencadas. Também foram realizadas visitas/observações *in loco*, com autorização das instituições e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/URI). Quanto a metodologia, elegemos o estudo bibliográfico, documental e de campo que, de acordo com Gil (2008), é realizado com o estudo de materiais já elaborados, como livros e artigos científicos, praticamente todos os estudos precisam de revisão bibliográfica em algum nível. Será uma pesquisa qualitativa, que, na visão de Minayo (1993a), pode ser entendida como de abordagem eminentemente hermenêutica, uma vez que utiliza o diálogo na construção e na interpretação da cultura, como forma de educar e se educar, significando que a compreensão hermenêutica do processo de educar se realiza por meio da linguagem e da comunicação.

O estudo também será amparado pela Análise de Conteúdo de Bardin (2015), que se atenta para as mensagens (comunicações), busca manusear as mensagens para confirmar os indicadores que permitem inferir sobre outra realidade que não a da mensagem. A Análise de Conteúdo é uma forma de análise de dados qualitativos muito utilizada, pois facilita a sequência de tarefas e atividades a serem seguidas para fazer a análise dos dados, de acordo com Bardin (2015) este é um método muito rico em detalhes e bastante didático, estruturado em 3 etapas, que são a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Esta pesquisa se apoiará nos estudos de autores como Ayres (2007); Bardin (2015); Bauman (2007); Carvalho (2012); Delors (1996); Demo (2010; 2012); Freire (1994; 1996); Gramsci (2001); Hermann (2002); Minayo (1993); Morin (2000), entre outros estudiosos da área. Também serão considerados os documentos oficiais que abordam a temática, sejam eles leis, normativas, resoluções, manuais ou outros documentos considerados válidos para esse debate.

Essa dissertação está estruturada iniciando pela presente Introdução, na sequência está a Justificativa, da qual fazem parte a apresentação do problema de pesquisa e tema; as questões norteadoras; o objetivo geral e; os objetivos específicos, Após, no Capítulo 3 está disposta a Metodologia que foi seguida neste estudo,

descrevendo as questões sobre o questionário; a metodologia de análise de resultados e; as considerações éticas.

No Capítulo 4 é apresentado o Estado do Conhecimento e o Capítulo 5 trata sobre a educação permanente em saúde: políticas e processos. O Capítulo 6 traz os conceitos de gestão em saúde, tratando sobre a perspectiva transdisciplinar, horizontalizada e humanizada, assim como as políticas humanizadoras - recursos humanos: empatia, responsabilidade e comprometimento e; as políticas humanizadoras - estrutura em saúde: espaço acolhedor.

No capítulo 7 estão os Resultados e Discussões, apresentando, inicialmente, os dados gerais e as discussões sobre as respostas recebidas ao questionário, após seguem análises individuais de cada instituição de saúde pertencente a esse estudo. Por fim, temos as considerações finais e a apresentação das Referências e Apêndice da Dissertação.

2 JUSTIFICATIVA²

Na PNPEs, encontra-se o conceito de educação na saúde, salientando que ela incide na produção e na sistematização de conhecimentos atinentes à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, dessa forma, engloba práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientações curriculares, a educação na saúde também é conhecida como educação no trabalho em saúde. (BRASIL, 2018).

A educação na saúde pode ser identificada como uma intensa vertente educacional, possui potencialidades atreladas a mecanismos e temáticas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, cogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, objetiva aprender a aprender, trabalhar em equipe, construir cotidianos e fazer deles um objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. (BRASIL, 2018).

Neste mesmo viés, pensando na importância da formação permanente dos profissionais de saúde, destaca-se que a gestão em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado para a organização das instituições de saúde, salienta-se que os profissionais, em geral, não se encontram preparados para atuar na gestão em saúde e como marca deste despreparo está a frágil formação destes profissionais, assim como a descontinuidade em sua educação permanente. (LORENZETTI *et al.*, 2014).

A pesquisa também representa uma busca pessoal minha, enquanto pesquisador, possuo formação como farmacêutico, com ênfase em Bioquímica Clínica, após a formatura ingressei como Responsável Técnico (RT) pela Farmácia Básica, da Unidade Básica de Saúde (UBS), de Taquaruçu do Sul/RS, meu município de origem, atuando também como RT da Farmácia Hospitalar da Sociedade Filantrópica São Roque (HSR), no mesmo município.

Durante a graduação, algumas matérias já me despertavam um interesse maior sobre a saúde pública e seus processos, já no campo prático-profissional, as vulnerabilidades e os desafios de uma saúde pública fragmentada, verticalizada e operacionalizada em blocos chamavam minha atenção, pois, além do sucateamento, também era evidente a defasagem estrutural e tecnológica.

² Essa seção do texto se encontra em primeira pessoa, uma vez que representa as concepções e a trajetória pessoal do pesquisador.

Sentindo a necessidade de aprofundar meus conhecimentos teóricos sobre alguns campos da saúde pública, ingressei em uma pós-graduação em Saúde da Família e em uma Especialização em Administração Hospitalar, somado ao contato da prática, comecei algumas mudanças nos setores em que atuava em farmácia. Investi em um projeto para a aquisição de mobília nova para a farmácia básica, assim como pintura, equipamentos de tecnologia (computadores, impressora, *internet*, telefone sem fio), criei, em conjunto com a equipe ali atuante, uma rede de cadastro e protocolos com informações dos pacientes e usuários da farmácia básica, ampliamos lista de medicamentos da atenção básica, assim como a divulgação e acesso dos pacientes aos medicamentos de média e alta complexidade.

Seguimos treinando as equipes sobre conhecimento e uso de medicamentos, estabelecemos uma parceria com a Estratégia Saúde da Família (ESF), Primeira Infância Melhor (PIM) e Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS), assim ampliamos trabalhos como palestras e cursos relacionados ao campo farmacêutico.

Figura 01: Momentos em ações e treinamentos



Fonte: Arquivo pessoal

Parecia que podíamos fazer mais, logo, investi em uma Especialização em Saúde Pública, que ampliou ainda mais meus conhecimentos acerca de processos, programas e legislação, então recebi um convite para assumir o cargo de Secretário Municipal de Saúde e Administrador do Hospital São Roque (HSR). Em um primeiro momento, fiz, juntamente com minha equipe, um diagnóstico de todo o Sistema de Saúde que possuíamos: Equipe técnica e a composição dos programas de saúde; Estrutura física e de equipamentos; Sistema de regulação de urgência, média e alta complexidade; Repasse de recursos das 3 esferas de governo (Município, Estado e

União); Estrutura de frota de veículos; entre outros. Avaliamos as vulnerabilidades e as potencialidades, o resultado foi bastante preocupante.

Tínhamos um corpo técnico qualificadíssimo, mas poderíamos ampliar equipe e a qualificação dela, além de trabalhar de forma interdisciplinar, horizontal e em rede. Ampliamos o quadro de médicos de 3 para 6 (representavam 6 especialidades): Ginecologista e obstetra; Clínico geral e anestesiológico; Vascular; Pediatra e; dois cardiologistas, possibilitamos acesso a cursos de informática a todos os colaboradores da UBS e HSR, da equipe de higienização ao médico, investimos em equipamentos de informática de ponta, garantindo acesso à tecnologia. Aqui cabe exemplificar que as agentes comunitárias de saúde, além do curso, foram contempladas cada uma com um *netbook*, *pen drive* e acessórios.

No que tange aos programas de saúde, ampliamos o repasse de recursos e o fortalecimento dos mesmos, descentralizando mais os atendimentos e levando as equipes de saúde até as casas e comunidades de nosso município. Em relação a estrutura física, reformamos toda a estrutura de UBS e HSR, com pintura (cores vivas e diferentes por ambientes), substituição de pisos, portas e aberturas, modificamos o acesso e melhoramos os mesmos (sinalização e rampas), substituímos todas as mobílias antigas por novas, trocamos as cadeiras velhas por poltronas novas e confortáveis, substituímos os leitos antigos por leitos novos e mais modernos, inserimos TVs na recepção e sala de espera, inserimos sofás e poltronas do papai reclináveis e TVs nos apartamentos e enfermarias, criamos brinquedoteca no departamento pediátrico, implantamos sala de ultrassonografia, sala de telecardiologia e sala de fisioterapia, climatizamos 22 ambientes, criamos um espaço de reuniões, encontros e saber (sala de educação Monsenhor Albino Busatto) entre outros.

Figura 02: Melhorias na estrutura



Fonte: Arquivo pessoal

Em relação aos equipamentos para diagnóstico, adquirimos um Aparelho de ultrassonografia, 3 e 4 dimensões, com dopler colorido, um aparelho eletrocardiograma Wincardio, com sistema de envio de resultado de forma remota, uma câmara para acondicionamento e preservação de vacinas, um gabinete odontológico novo e moderno, uma gama de equipamentos para sala de fisioterapia, entre outros. Referindo-se a frota de veículos, foram adquiridos oito veículos zero km, destas, duas vans montadas modelo executive (bancos em couro reclináveis, frigobar, TV, DVD, Ar condicionado) para deslocamentos de pacientes para consultas e avaliações eletivas reguladas para Passo Fundo, Erechim, Porto Alegre, entre outros. Duas Palio Weekend (bancos em couro, automáticas, ar condicionado...) para deslocamentos mais rápidos de pacientes regulados a grandes centros. Duas ambulâncias (uma dóblo pequena e uma Ducato maior) estruturadas e equipadas

para resgates e deslocamentos de urgência e emergência, dois veículos para visitas domiciliares.

Figura 03: Equipamentos adquiridos e novos leitos



Fonte: Arquivo pessoal

A regulação dos atendimentos em saúde é de extrema importância, pois regula e define o local no qual os pacientes receberão atendimentos de urgência, média e alta complexidade, em outras palavras, define quais os hospitais regionais ou dentro do Estado irão abrir suas portas para os pacientes de determinado município. Essa regulação, em parte, é estabelecida pelo Estado e, em parte, por construção regional descentralizada entre os gestores de saúde dos municípios, junto da Coordenadoria Regional de Saúde. Além dessa regulação pactuada, construímos uma regulação alternativa junto a alguns gestores hospitalares da região pela boa relação construída, pela parceria em repassar sobras de Autorização de Internação Hospitalar (AIHs), quando estas não eram utilizadas ou por encaminhar demandas de prevenção em especialidades que não havia tanta procura (mas que eram importantes em cuidados e atenção em saúde). Dessa maneira, nossos pacientes estavam referenciados e protegidos, quando a regulação pactuada não dava conta de absorver toda a demanda, tínhamos uma regulação de retaguarda.

Essa caminhada em saúde pública ao longo de uma década me mostrou, em cada passo, que a qualificação e a educação permanente são extremamente importantes e fazem parte do aprimoramento e evolução de todos os profissionais de saúde como técnicos e como seres humanos, humanizados, comprometidos, corresponsáveis e empáticos. Esse contato com a gestão pública me levou a uma nova formação, MBA em Gestão Pública, profissionalizando ainda mais os processos, gestão, pactuações e conhecimentos inerentes a construção de projetos e execução dos mesmos.

Analisando toda a descrição acima, justifica-se a escolha destas Instituições de Saúde: Hospital Santo Antônio (HSA), de Tenente Portela, que faz parte de nossa regulação direta de atendimentos em saúde e exames diagnósticos; Hospital PIO XII, de Seberi; Hospital Santa Terezinha (HST), de Palmitinho, que era uma de nossas retaguardas e; Unidade de Pronto Atendimento (UPA), de Frederico Westphalen, por ser uma porta de entrada aberta 24 horas de urgência e emergência para qualquer paciente em situação de necessidade ou vulnerabilidade.

No que refere a escolha dos participantes que fizeram parte desta pesquisa, os enfermeiros e técnicos de enfermagem, por serem os profissionais que na maioria das vezes são o primeiro contato do paciente, que são recepcionados e acolhidos em situações de debilidade, vulnerabilidade, são estabilizados e muitas vezes tem já a resolutividade de sua demanda com a enfermagem, antes de contato médico. Os

farmacêuticos, por ser minha formação nuclear em farmácia, para medir em que nível o profissional se insere no contexto produção de saúde e em relação ao nosso tema de pesquisa. Os gestores destas instituições, pois é a partir do perfil, formação e linha adotada pelo gestor que caminha a instituição e o desenvolvimento ou estagnação dela.

Esta vivência junto aos profissionais de saúde e a atuação na gestão em saúde levou a estas reflexões acerca do processo de trabalho e da importância da mudança de práticas em serviço. Pereira e Barros (2009) apontam que no campo das políticas públicas de saúde, quando se fala em humanização, trata-se da transformação dos padrões de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, apontando para a evidente necessidade de construção de novas relações entre os usuários e os trabalhadores e destes entre si, isso sem descartar a questão clínica das formas de organização do trabalho, descentralizando o caráter unitário e totalitário, trabalhando para a valorização da dimensão concreta das práticas de saúde, da humanização e transformando os modelos de gestão e atenção

Atuar de forma transdisciplinar, na área de saúde, envolve a integração, o diálogo e um entrelaçamento entre as diferentes áreas do conhecimento dentro de um trabalho de equipe. Logo, o que se propõem é uma troca de conhecimentos. (MENEGASSI, 2013).

Quanto as relações horizontalizadas de poder, conceitualmente se pode entendê-las observando que, na área da saúde, as relações de poder se estruturam no interior das equipes, o que gera uma polarização instituída entre os indivíduos, uma espécie de separação entre os que podem mais e os que podem menos, dando origem a uma hierarquia nas relações. Essa relação de poder verticalizada não contribui com a humanização e com a transdisciplinaridade que se busca na área de saúde, é preciso superar esse modelo, visando uma assistência horizontalizada, voltada para as demandas dos envolvidos e pautada na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe. Com isso, fica evidente que o empoderamento dos profissionais é a forma mais valiosa de se promover a autonomia e o acesso a uma assistência integral e horizontal. (SILVA *et al.*, 2019).

A atuação transdisciplinar, para Rodrigues; Mendonça e Guiraud (2008), pode ser caracterizada pela palavra “complexidade”, uma vez que as equipes transdisciplinares precisam trabalhar de forma coordenada e articulada, é preciso considerar que seu objetivo é a intervenção colaborativa e participativa, sempre

pautada pelos princípios democráticos e saberes diversificados. Logo, uma equipe transdisciplinar é um coletivo de indivíduos distintos entre si, com habilidades e competências individuais, mas que são complementares, o que possibilita uma integração real de percepções e saberes.

Nesse sentido, são necessárias relações horizontalizadas de poder, pois estas possuem como princípio básico o desenvolvimento de uma estrutura na qual a hierarquia de poder não é rígida, assim a horizontalidade visa estabelecer uma forma mais participativa de gestão, na qual as decisões são tomadas de forma conjunta, incentivando os profissionais a se posicionarem e a expressarem sua opinião. (JOBCONVO, 2021).

A atuação transdisciplinar e as relações horizontalizadas de poder auxiliam na descentralização do caráter unitário e totalitário que é, muitas vezes, encontrado nas instituições de saúde, dessa forma é possível que haja a valorização da dimensão concreta das práticas de saúde e a transformação dos modelos de gestão e atenção.

A urgência de qualificar a área de saúde, voltando-se para um atendimento humanizado é, provavelmente, a chave para tornar a gestão e os atendimentos em saúde mais horizontais, o que justifica a importância desta pesquisa de dissertação de mestrado.

2.1 Problema de Pesquisa e Tema

A temática do presente estudo centrou-se nas “Políticas Públicas de Saúde e Políticas de educação permanente do funcionário público da área de saúde”, o estudo abordou a Política Nacional de Humanização (PNH, 2003) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS, 2006;2018).

A PNEPS foi instituída pela Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006, mas o processo de discussão sobre a política iniciou bem antes, entre 2003 e 2004, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde iniciou o mapeamento das principais iniciativas e experiências do país em saúde, visando a elaboração da PNPS. Em 2005, o processo de constituição de uma Política Nacional de Promoção da Saúde seguiu com a preocupação de produzir intervenções de Promoção da Saúde no âmbito das três esferas de governo. Em 2006, passos importantes foram dados na institucionalização da PNEPS no SUS, com a sua aprovação. Entre 2008 e 2011, a PNEPS foi incluída na agenda Interfederativa por meio do Pacto Pela Vida, a partir de

2011, foram inseridos indicadores de promoção da saúde, como notificação de violência doméstica, sexual, entre outras. (MALTA *et al.*, 2016). Em 2013, iniciou-se um processo de revisão, atualização e aprimoramento dessa política e em 2018 foi publicada uma nova versão, que até o momento é a mais atual. (BRASIL, 2018).

O problema de pesquisa foi: A educação permanente nos serviços potencializa a humanização da atenção em saúde?

2.2 Questões Norteadoras

1 Qual o sentido da educação permanente na área da saúde?

2 Quais são os programas que possibilitam a educação permanente dos profissionais de saúde? Como se dá o processo de conhecimento específico dos profissionais de saúde?

3 É possível desenvolver, nos profissionais de saúde, a cogestão nas práticas de saúde? De que forma?

4 De que forma a gestão em saúde, na perspectiva transdisciplinar, horizontalizada e humanizada, contribui para a organização das instituições de saúde e para a construção do processo de formação permanente?

2.3 Objetivo Geral

Analisar se a educação permanente nos serviços de saúde potencializa a humanização da atenção em saúde.

2.4 Objetivos específicos

Compreender o sentido da educação permanente na área da saúde e se ela contribui no processo de humanização;

Pesquisar os programas que possibilitam a educação permanente dos profissionais da saúde para compreender como acontece o processo de conhecimento específico dos profissionais de saúde;

Investigar se é possível desenvolver, nos profissionais de saúde, a cogestão nas práticas de saúde, tendo em vista a humanização dos processos;

Analisar se a gestão em saúde contribui para a organização das instituições e para a construção do processo de formação permanente.

3 METODOLOGIA

A metodologia é a apresentação do trajeto do pesquisador, abrangendo os métodos e as técnicas utilizadas para encontrar a melhor forma de ajudar a compreender e responder ao problema de pesquisa, precisa ser descrita de forma clara, considerando que as investigações em educação, muitas vezes, abrangem questões complexas que exigem uma imersão no campo a ser pesquisado com um contato direto com os participantes.

Esta pesquisa teve cunho bibliográfico e documental, de acordo com Gil (2008), esse tipo de estudo é desenvolvido seguindo algumas etapas, é realizada com o estudo de materiais já elaborado, como livros e artigos científicos, o autor assinala que praticamente todos os estudos precisam de revisão bibliográfica em algum nível e muitos são realizados exclusivamente a partir de fontes bibliográficas.

A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Essa vantagem torna-se particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço. (GIL, 2008, p. 45).

O estudo também contou com pesquisa de campo e aplicação de questionário. De acordo com Gil (2008), o estudo de campo busca o aprofundamento de uma realidade específica. É basicamente realizado por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas ou questionários, como no caso desse estudo, visando captar as informações, as explicações e interpretações do que ocorrem naquela realidade.

A pesquisa foi qualitativa, pois nesse tipo de pesquisa se costuma analisar a observação, a reflexão e a interpretação das informações, seguindo uma ordenação lógica e significativa para as análises. (GIL, 2008). A abordagem qualitativa nas pesquisas em saúde tem se tornado cada vez mais usual, pois possibilita investigar as representações, as crenças, os valores, as explicações e as opiniões que se expressam nas interações sociais, também orienta o estudo a partir do ponto de vista dos atores sociais, considerando as suas informações e buscando uma compreensão do nicho no qual a pesquisa é desenvolvida, conseguindo, assim, realizar uma pesquisa flexível e interativa. (GOMES, 2014).

O método qualitativo possui como paradigma uma realidade construída socioculturalmente, usa-se da observação determinante, buscando a

interdependência do sujeito, em uma perspectiva internalista e com ênfase no contexto. Objetiva descobrir e interpretar teorias, particularizar, aprofundar e compreender o contexto, além de mostrar padrões relacionais, trata-se de uma forma de pesquisar visando o humanismo consciente e comprometido. (GOMES, 2014).

Na visão de Minayo (1993b), a pesquisa qualitativa pode ser entendida como de abordagem eminentemente hermenêutica, uma vez que utiliza o diálogo na construção e na interpretação da cultura, como forma de educar e se educar, significando que a compreensão hermenêutica do processo de formação se realiza por meio da linguagem. Assim, torna-se relevante explicar o que se entende por estudo hermenêutico neste trabalho.

O estudo hermenêutico surgiu como uma reflexão teórico-metodológica acerca da prática de interpretação dos textos sagrados, clássicos e jurídicos (DOMINGUES, 2004), refletindo em muitos outros estudos com diferentes objetivos e posicionamentos filosóficos, bem como distintas interpretações sobre textos de estudiosos da própria hermenêutica. Assinala-se que “a hermenêutica reconfigura a interdependência linguística, que reconhece a voz do outro e implica reconstrução aberta à interpretação contextualizada, privilegiando os discursos dos sujeitos.” (SIDI; CONTE, 2017). Deste modo, o discurso hermenêutico é essencial para pensar a realidade, desconstruindo e construindo definições e interpretações sobre o mundo, não deixando de lado, contudo, o foco científico e pedagógico, o qual se mostrou pertinente para o estudo aqui apresentado.

Percebe-se que há a necessidade de aprofundar o conceito de hermenêutica. Inicialmente ela surgiu como uma reflexão teórica-metodológica sobre a prática de interpretação dos textos sagrados, clássicos e jurídicos, mas atualmente abrange um amplo campo, com distintos objetivos, posições filosóficas e métodos de interpretação de textos. (WELLER, 2007).

A hermenêutica, atualmente, possui uma relação com a epistemologia, objetivando estabelecer pontes que possam superar determinados limites encontrados pela epistemologia no século XX. (TREVISAN, 2010). Tais limites se situam em um cenário no qual, segundo os estudos de Trevisan (2010), a epistemologia foi posta como a mais relevante contribuição da filosofia para a cultura científica, uma vez que a ciência tem como norte a obtenção do conhecimento, usando para isso a investigação e o domínio da natureza, mas a filosofia, como epistemologia, é quem tem a missão de validar esses conhecimentos. Nesse cenário,

vários autores que passam a criticar a ideia de uma filosofia epistemologicamente centrada, levando ao debate em torno da relação entre epistemologia e hermenêutica.

[...] a epistemologia deposita sua esperança na possibilidade de uma racionalidade comum em que os participantes de um determinado discurso são unidos por interesses mútuos para alcançar um fim comum. A hermenêutica, diferentemente da epistemologia, não pressupõe um terreno comum entre interlocutores de uma conversação, mas deposita sua esperança na concordância ou discordância interessante e frutífera que poderá resultar de uma interlocução. Sendo assim, os interlocutores são unidos, não por uma meta comum, nem por estabelecer um terreno comum, mas pela civilidade. (TREVISAN, 2010, p. 28).

A linguagem hermenêutica tem o viés de compreender textos pela interpretação, tradução, entre outras formas, não objetiva dominar o conhecimento ou estruturá-lo por categorias, a hermenêutica promove e produz interação. Ela não possui a ambição de validade universal do conhecimento científico, entendendo que essa noção não abarca as experiências da construção do conhecimento. (MELO, 2012). Gadamer (apud MELO, 2012) auxilia na compreensão da hermenêutica, na concepção do autor o sujeito só se insere em um plano hermenêutico na medida em que consegue se situar no ponto de vista do seu interlocutor para compreender as suas posições.

Na perspectiva hermenêutica, ler é interpretação, olhar é interpretação, pensar é interpretação, tocar é interpretação, sentir é interpretação; portanto, são aspectos do entendimento humano sobre o mundo, a ciência e a filosofia – sobre nossa vida existencial e social. Nesse ponto, a linguagem assume o papel de dar significação fundamental para o conjunto da história interior do pensamento. Na sua essência, reside o enigmático da denominação e do significado do nome. Nesse aspecto, palavra e coisa parecem, à primeira vista, unidas uma à outra de maneira indissolúvel, mas não o são. (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012, p. 202).

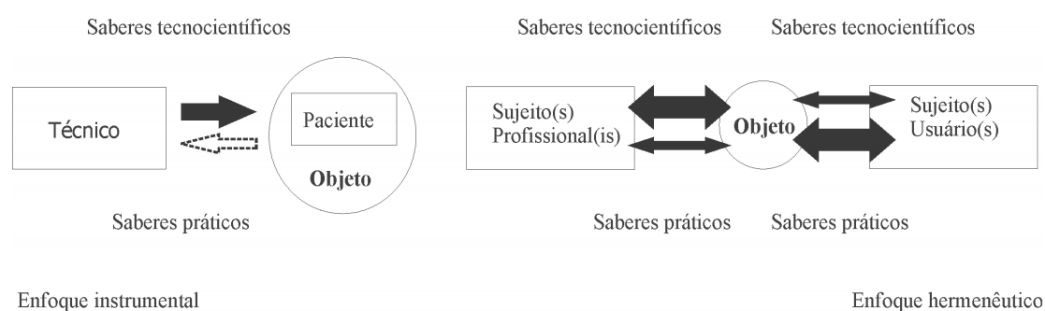
Pensar a hermenêutica considerando o cuidado em saúde pressupõe que a objetualidade, presente nas ações de saúde, não resulta de um saber apenas instrumental, mas que precisa ser produzido no encontro entre os sujeitos na busca por soluções positivas para todos, visando a prevenção de doenças, a superação e/ou recuperação dos processos de adoecimento. (AYRES, 2007).

Neste viés, o objeto não é o indivíduo ou a população, mas aquilo que se pode construir junto com esses sujeitos e a partir deles. A instrumentalidade não é abandonada, mas se objetiva a presença dos dois lados da relação, dos portadores de experiências, saberes e instrumentais e dos sujeitos das ações de saúde, visando

a autonomia e responsabilidade mútua, de acordo com o que for possível nesse encontro (AYRES, 2007).

Os conceitos de Ayres (2007) podem ser mais bem exemplificados, considerando o esquema abaixo, que expõem o lugar de sujeitos e objetos nos cuidados em saúde.

Figura 04: Lugar de sujeitos e objetos nos cuidados em saúde



Fonte: Ayres (2007, p. 52)

Para Hermann (2002) a hermenêutica contesta a existência de um modo único de ter acesso ao conhecimento, a autora acredita em uma racionalidade capaz de conduzir a verdade pelas condições humanas do discurso e da linguagem. Assim, a hermenêutica se propõe ao impetuoso trabalho de reconstruir a pretensão de verdade da filosofia, rompendo com o historicismo, que prende a consciência histórica e acoberta a convicção da efetividade dessa consciência, visando recuperar a tradição do pensamento.

Neste estudo, a hermenêutica, aliada ao estudo qualitativo, será usada como “a arte de compreender, derivada de nosso modo de estar no mundo” (HERMANN, 2002, p. 28), logo, possibilitará ao pesquisador trabalhar com a razão aliada a ciência, buscando compreender um universo mais amplo e abrindo novas possibilidades para a reflexão do contexto em análise neste estudo.

O estudo também foi amparado pela análise de conteúdo de Bardin (2015), que se atenta para as mensagens (comunicações) e busca manuseá-las para confirmar os indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não a da mensagem. De acordo com a autora (2015), a análise de conteúdo se trata de um conjunto de instrumentos metodológicos muito sutis e que estão sempre em processo de aperfeiçoamento.

Bardin (2015) divide a análise de conteúdo em pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Para iniciar a análise é essencial organizar os materiais, avaliar o que faz sentido e o que ainda precisa ser coletado. Assim, na primeira fase foi preciso realizar uma leitura flutuante do material, para entender o que se tinha em mãos, após foram escolhidos os documentos que foram analisados e constituíram o *corpus* da pesquisa. (BARDIN, 2015).

Na fase seguinte estão as etapas de codificação e categorização do material. Na codificação foi realizado um recorte das unidades de registro e de contexto, como o tema ou o objeto. Depois da codificação, realizou-se a categorização, seguindo critérios semânticos, sintáticos, léxicos e expressivos. Para finalizar, realizou-se o tratamento e a interpretação dos resultados. (BARDIN, 2015).

3.1 Questionário e metodologia de análise de resultados

O objetivo deste trabalho foi analisar se a educação permanente nos serviços de saúde potencializa a humanização da atenção em saúde, nesse sentido, abordou-se também a cogestão e a educação em saúde com o processo de empoderamento dos profissionais de saúde, acreditando que uma cadeia mais horizontal, com um profissional de saúde capacitado (*empowerment*) e preparado para realizar um primeiro atendimento de qualidade para o paciente seja um dos caminhos para a humanização.

Para se chegar às respostas necessárias e verificar as percepções dos funcionários da área de saúde, encaminhou-se questionários via e-mail e também de forma física (impressos). Para os questionários *online* foi utilizada a ferramenta *Google Forms*.

A pesquisa foi realizada em hospitais gerais, públicos e privados, da região, também integrou a pesquisa a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), de Frederico Westphalen/RS. Da cidade de Tenente Portela/RS participou da pesquisa o Hospital Santo Antônio (HSA); de Palmitinho/RS participou o Hospital Santa Terezinha e de Seberi/RS foi o Hospital Pio XII. Os questionários/entrevistas semiestruturadas foram enviadas aos gestores, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos hospitalares.

3.2 Considerações éticas

A presente pesquisa será desenvolvida em conformidade com os parâmetros da Resolução n. 510/2016.

O projeto de pesquisa e o questionário, primeiramente, foram submetidos a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)³, após a aprovação foi iniciada a coleta dos dados, iniciando pela assinatura das autorizações para a realização da pesquisa nos hospitais gerais e na UPA das cidades de Seberi/RS, Palmitinho/RS, Tenente Portela/RS e Frederico Westphalen/RS.

Como critério de inclusão dos sujeitos da pesquisa, considerou-se o fato de serem gestores, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos dos hospitais gerais e UPA das cidades de Seberi/RS, Palmitinho/RS, Tenente Portela/RS e Frederico Westphalen/RS. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que não se enquadram nos aspectos de inclusão e que realizam outras funções que não de gestores, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos. Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O TCLE foi enviado aos participantes via e-mail para assinatura eletrônica, para aqueles que preferiram, o TCLE foi impresso e entregue na instituição de saúde. Para as observações que foram realizadas pelo pesquisador, foram respeitadas todas medidas para garantir a proteção dos participantes, do pesquisador e dos profissionais de saúde. O questionário foi encaminhado via e-mail, utilizando a ferramenta Google Forms e na versão impressa, quando necessário.

A presente pesquisa não apresentou possibilidades de riscos em relação a poder causar algum dano à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase da pesquisa e dela decorrente. Os participantes foram esclarecidos de que poderiam interromper o preenchimento do questionário caso se sentissem desconfortáveis. Como benefícios, essa pesquisa se mostra como um importante material de apoio que visa a humanização na área de saúde, o estudo teve como objetivo contribuir para o avanço do conhecimento nesta área.

³ Aprovação no CEP: CAAE n. 57013422.0.0000.5352

As informações, como os questionários e os resultados da pesquisa, foram sistematizados e arquivados em meio digital e assim ficarão pelo período de cinco anos, sob a guarda dos(as) pesquisadores(as), passado esse prazo, serão deletados eletronicamente.

4 ESTADO DO CONHECIMENTO

O estado do conhecimento foi construído por meio de pesquisa realizada no *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e no Portal de Periódicos CAPES, usando os seguintes descritores: Programas que possibilitam a educação permanente em saúde; Cogestão nas práticas de saúde; Gestão, na perspectiva transdisciplinar, horizontalizada e humanizada. O recorte temporal considerou os últimos 8 anos, logo, concentrou-se nos textos publicados entre 2013 e 2021, em língua portuguesa e inglesa.

Quadro 01: Primeiros resultados da pesquisa para o estado do conhecimento.

| Fonte | Descritor | Achados | Selecionados |
|----------------------------|--|---------|--------------|
| Scielo | Programas que possibilitam a educação permanente em saúde | 21 | 8 |
| | Cogestão nas práticas de saúde | 6 | 2 |
| | Gestão na perspectiva transdisciplinar, horizontalizada e humanizada | 0 | 0 |
| Portal de Periódicos CAPES | Programas que possibilitam a educação permanente em saúde | 31 | 4 |
| | Cogestão nas práticas de saúde | 12 | 5 |
| | Gestão na perspectiva transdisciplinar, horizontalizada e humanizada | 2 | 0 |

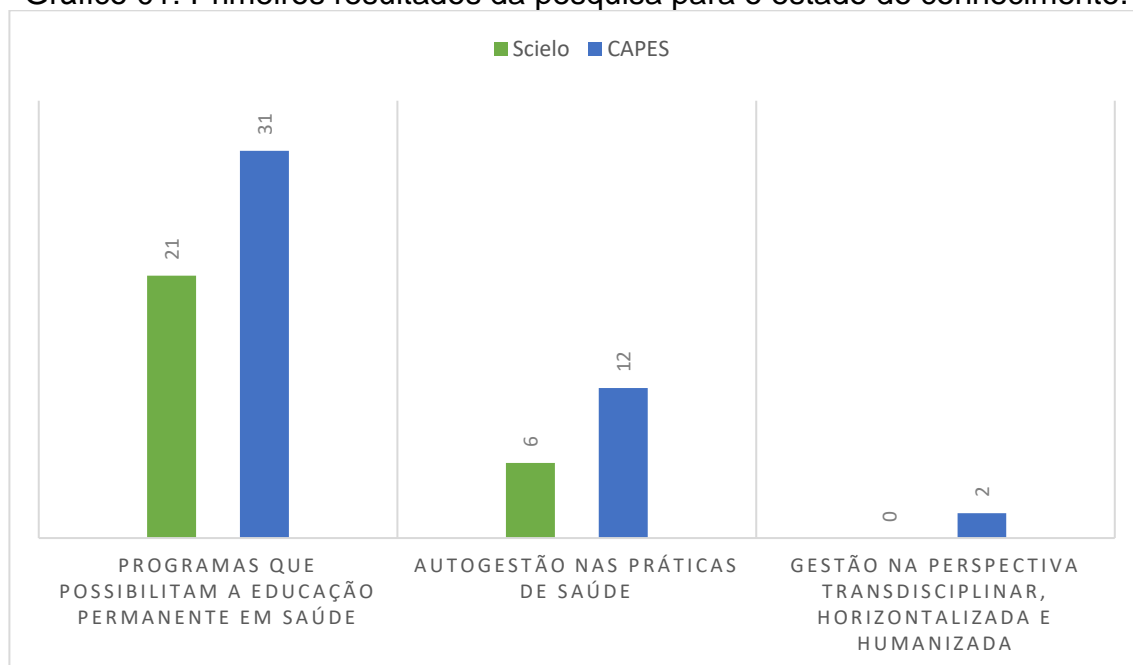
Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

A relevância de realizar mais estudos com a temática aqui proposta é evidenciada pelo baixo número de retornos encontrado na pesquisa realizada nas bases de dados, o tema é atual e muito necessário no cenário da saúde nacional, porém ainda pouco discutido, o que destaca a necessidade de mais estudos como esse.

A análise dos artigos encontrados se amparou na análise de conteúdo de Bardin (2015), trata-se de uma das formas que melhor se ajusta às investigações qualitativas, a autora sugere três etapas para a aplicação desta técnica de análise, são elas: Pré-análise, na qual são escolhidos os estudos a serem analisados e é efetuada uma leitura flutuante, a fim de se imergir no assunto abordado; Exploração do material, as informações obtidas serão cuidadosamente analisadas e os trechos importantes são destacados; Tratamento dos resultados e interpretação, etapa na qual foram formuladas as hipóteses e conclusões do assunto abordado. A pré-análise

resultou no quadro acima, cujos resultados podem ser mais bem visualizados no gráfico que segue.

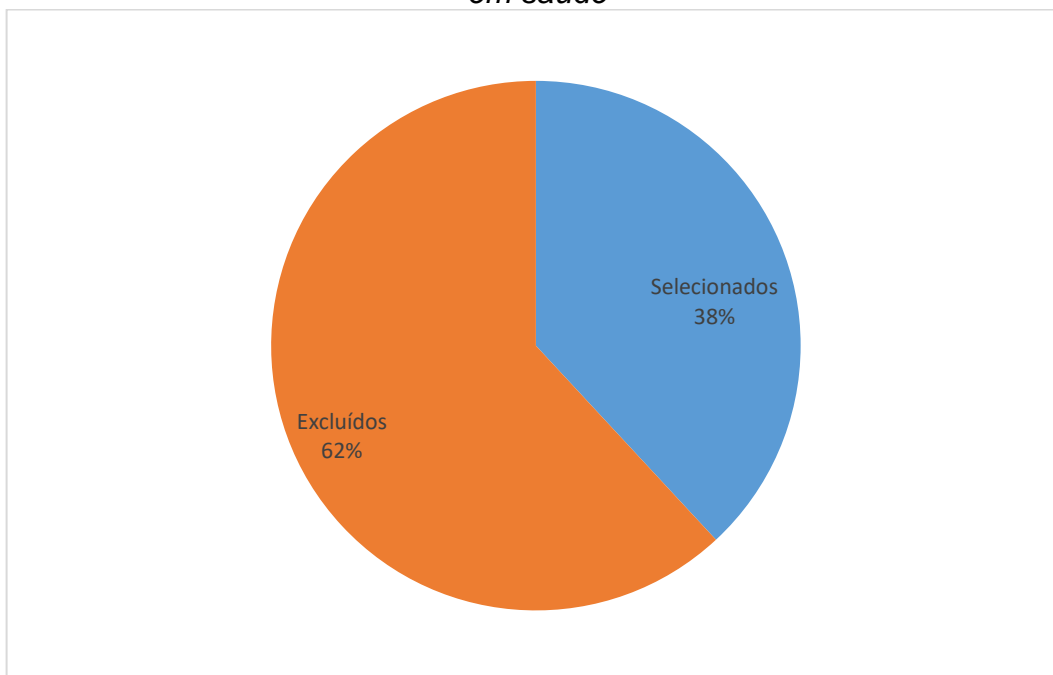
Gráfico 01: Primeiros resultados da pesquisa para o estado do conhecimento.



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

A exploração do material contou com a análise cuidadosa dos artigos localizados. Dessa forma, o primeiro descritor pesquisado na base de dados *Scielo* foi *Programas que possibilitam a educação permanente em saúde*, que retornou com 21 artigos científicos publicados entre os anos de 2013 e 2021, após a análise do conteúdo dos 21 artigos, foram selecionadas 8 pesquisas que contribuíram com o estudo em curso.

Gráfico 02: Pesquisa Scielo - *Programas que possibilitam a educação permanente em saúde*



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Analisando os textos selecionados, inicialmente temos a pesquisa de Dalbello-Araújo; Andrade e Silva (2020), intitulada *Esforços da Pós-graduação em políticas públicas e desenvolvimento local para a Interiorização*, o qual discute as particularidades do impacto social de um programa de pós-graduação e seu papel na difusão dos conhecimentos, focando nas políticas de saúde.

Já o estudo Oliveira *et al.* (2020), chamado *Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo*, trouxe a educação permanente em saúde, como política institucional que constitui um dos pilares estratégicos de transformação dos processos no SUS. O estudo analisou o censo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no 2º Ciclo (2013) e apontou as principais atividades de Educação Permanente em Saúde relatadas.

Magnago *et al.* (2019) trataram da *PET-Saúde/GraduaSUS na visão de atores do serviço e do ensino: contribuições, limites e sugestões*, trazendo os resultados de um *survey online* sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, com o objetivo de apontar os limites e as contribuições dessa edição na produção de mudanças. O estudo apresentou as repercussões positivas e negativas do PET-Saúde/GraduaSUS, assim como sugestões de mudanças e análise do desenvolvimento profissional, ampliação e diversificação dos cenários de

aprendizagem, fortalecimento da atenção primária e da educação interprofissional nos currículos.

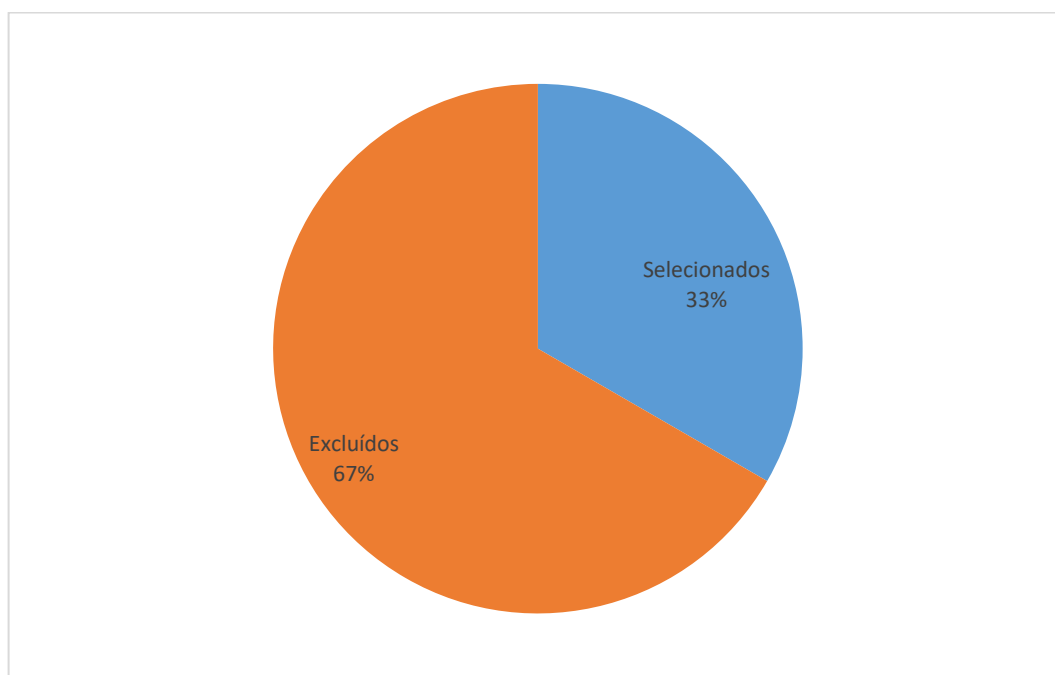
O estudo de Almeida *et al.* (2019), intitulado *Planejamento e desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde na perspectiva do PMAQ-AB*, objetivou analisar como ocorre o desenvolvimento das ações de Educação Permanente (EP) com base nos documentos de planejamento e avaliação das ações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Por sua vez, a pesquisa de Cortez *et al.* (2019) abordou *A Percepção do supervisor do Provac sobre a Fixação do Médico na Atenção Primária à Saúde*, tratando da educação continuada e permanente, do Programa de Valorização do profissional da Atenção Básica (PROVAB) e apontando o incentivo à Educação Permanente em Saúde (EPS) com ênfase na interação ensino-serviço-comunidade.

Warmling *et al.* (2018), em seu trabalho intitulado *Aproximando saberes e experiências à distância: relato da tutoria de um curso de especialização*, trouxe a experiência do processo de tutoria à distância do Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica no Brasil, que contou orientação pedagógica e apoio ao uso das mídias e tecnologias. Já Bernardes, Coimbra e Serra (2018) abordaram a *Utilização do Programa Telessaúde no Maranhão como ferramenta para apoiar a Educação Permanente em Saúde*, objetivando analisar uma ferramenta que apoia a Educação Permanente em Saúde (EPS) para os profissionais de saúde da atenção básica.

Por fim, Marcolino, Lourenço e Reali (2017), publicaram o artigo intitulado *“Isso eu levo para a vida!”: aprendizagem da prática profissional em uma Comunidade de Prática*, abordando a aprendizagem da prática com estratégia formativa focada em processos reflexivos e coletivos.

O segundo descritor pesquisado na base de dados *Scielo* foi *Cogestão nas práticas de saúde*, este descritor retornou com 6 artigos científicos publicados entre os anos de 2013 e 2021, após a análise do conteúdo dos 6 artigos, foram selecionados 02 estudos que podem contribuir com o estudo aqui apresentado. Assinala-se aqui que o descritor *Gestão na perspectiva transdisciplinar, horizontalizada e humanizada*, não retornou nenhum resultado na pesquisa realizada.

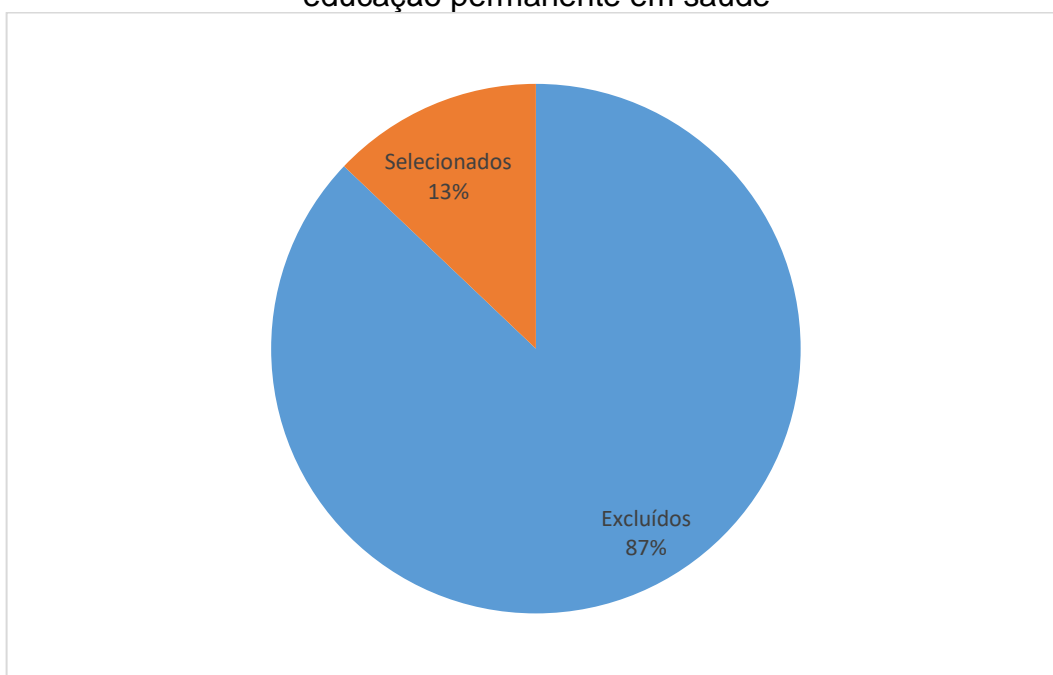
Gráfico 03: Pesquisa Scielo - *Cogestão nas práticas de saúde*

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Dentre os achados, temos o artigo de Iquize *et al.* (2017), intitulado *Educational practices in diabetic patient and perspective of health professional: a systematic review*, no qual os autores realizaram uma revisão sistemática para identificar a produção científica multiprofissional, com enfoque na educação em saúde, na perspectiva do paciente e do profissional. Já Barbosa, Celino e Costa (2015) abordaram *A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão*, analisando a operacionalização da Estratégia de Saúde da Família em uma empresa do sistema de saúde suplementar.

Na sequência foram analisados os descritores pesquisados no Portal de Periódicos da CAPES. O primeiro descritor foi *Programas que possibilitam a educação permanente em saúde*, que retornou com 31 artigos científicos publicados entre os anos de 2013 e 2021, após a análise do conteúdo dos 31 artigos, foram selecionadas 4 pesquisas que podem contribuir com o estudo em curso.

Gráfico 04: Pesquisa Portal de Periódicos da CAPES - Programas que possibilitam a educação permanente em saúde



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

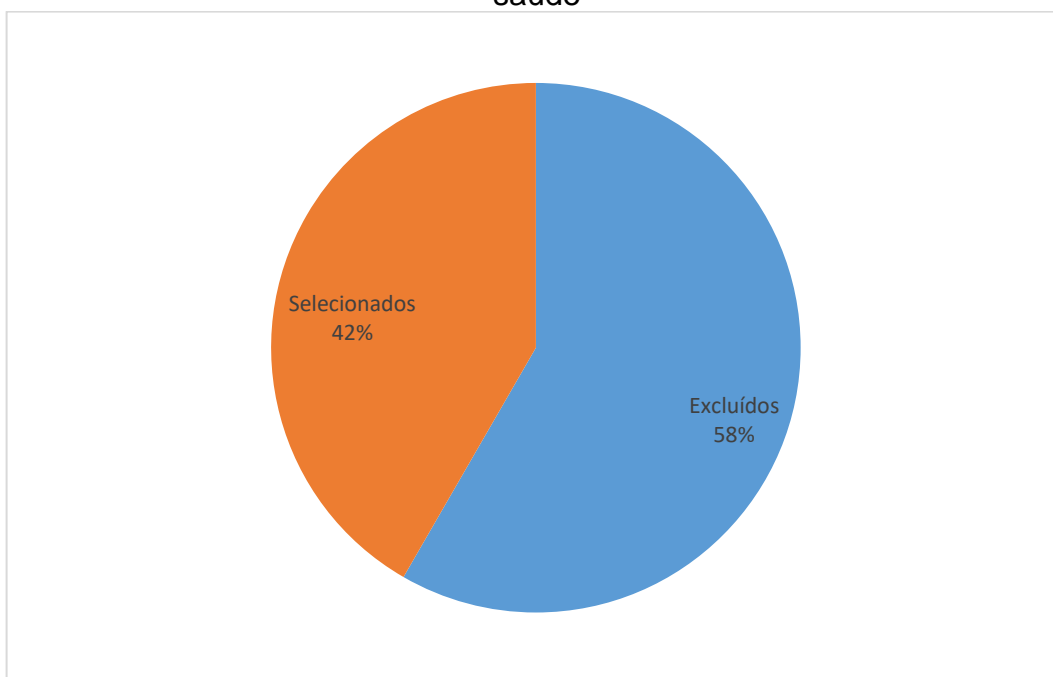
Nesse viés, o artigo de Gomes e Viegas (2019), intitulado *Organização do trabalho e formação dos trabalhadores numa microárea do programa saúde na escola*, tratou do Programa Saúde na Escola (PSE), trazendo as políticas públicas de saúde e as possibilidades de acesso à informação e aos serviços de saúde dos sujeitos sociais, o texto buscou descrever e analisar as práticas educativas de formação dos trabalhadores que atuam no PSE.

O estudo de Fonseca, Figueiredo e Porto (2017), intitulado *Management of Primary Care: a challenge for international cooperation in health* abordou os problemas na atenção básica do sistema de saúde e as decisões na gestão diária de centros de saúde, examinando mais especificamente uma experiência de cooperação triangular em saúde entre Angola, Brasil e Japão. Donateli *et al.* (2017) publicaram o artigo chamado *Evaluation of Health Surveillance in the Zona da Mata Mineira: from standards to practice*, tratando da vigilância em saúde e objetivando avaliar o grau de atuação da Vigilância em Saúde da Zona da Mata Mineira.

O estudo de Dias *et al.* (2018), intitulado *The National Health Promotion Policy: an evaluability assessment in a health region in Brazil*, analisou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), o conceito ampliado de saúde e o conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo com responsabilidades para os três entes federados.

O segundo descritor pesquisado no Portal de periódicos da CAPES foi *Autogestão nas práticas de saúde*, este descritor retornou com 12 artigos científicos publicados entre os anos de 2013 e 2021, após a análise do conteúdo dos 12 artigos, foram selecionados 5 estudos que podem contribuir com a presente pesquisa.

Gráfico 05: Pesquisa Portal de Periódicos da CAPES - Cogestão nas práticas de saúde



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Entre os selecionados, temos o artigo de Guimarães *et al.* (2017), chamado *Challenges for the formulation, implantation and implementation of a National Health Surveillance Policy in Brazil*, que resgatou a evolução da vigilância em saúde como ação, modelo e sistema na história, trazendo subsídios para o debate acerca da constituição da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Por sua vez, Ferigato *et al.* (2018), trataram das *Potências do CiberespaSUS: redes sociais como dispositivos de políticas públicas de saúde no Brasil*, examinando duas experiências de redes sociais desenvolvidas como espaço de fortalecimento das políticas públicas de saúde no contexto brasileiro.

O artigo de Fernandes *et al.* (2017), intitulado *The 'locus' of health oversight in Brazil's Unified Health System - a place between the knowledge and the practices of social mobilization*, tratou da vigilância em saúde e do necessário olhar atento sobre a situação de saúde de populações, de modo que se compreenda a saúde, a doença e o cuidado como manifestações indissociáveis da existência humana.

Fernandes, Calado e Araújo (2018), no artigo *Redes sociais e práticas em saúde: influência de uma comunidade online de diabetes na adesão ao tratamento*, objetivaram compreender como as comunidades *online* podem contribuir para aumentar a adesão de pacientes crônicos ao tratamento prescrito. Slomp Junior, Feuerwrker e Land (2015), publicaram o estudo *Health education or a shared therapeutic project? Health care goes beyond the pedagogical dimension*, no qual discutiram o território existencial “ser profissional de saúde” como sendo instituído a partir de uma concepção de educação como referente significativa, uma missão intervencionista como valor transcendente.

Finalizando, o descritor *Gestão na perspectiva transdisciplinar, horizontalizada e humanizada*, retornou com 02 artigos científicos publicados entre os anos de 2013 e 2021, porém os estudos possuem temáticas distantes da que este estudo propõe, por isso não foram considerados para a construção dessa dissertação.

Logo, percebe-se que pesquisar sobre a educação permanente em saúde é muito relevante, pois se trata do caminho para humanização da atenção em saúde. Os resultados da busca revelaram que estudos sobre a educação permanente nesta área são muito necessários, pois a formação auxiliará os profissionais a entenderem e adotarem a melhor postura, visando a transformação do setor. É perceptível a relevância da PNEPS neste contexto, pois ela possibilitou o debate referente a educação e abriu os olhos sobre o viés ético-político dos sujeitos para a consolidação do SUS, tornando ainda mais pertinente que estudos desse teor sejam realizados, a fim de, cada vez mais, aproximar-nos do ideal de um atendimento em saúde humanizado e coerente.

5 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: POLÍTICAS E PROCESSOS

O termo educação em saúde possui muitas definições que podem ser encontradas em diferentes trabalhos científicos, essa multiplicidade de concepções alerta para a complexidade do tema estudado. No estudo em tela, o conceito de educação em saúde que mais se aproxima do pretendido e que será utilizado como norteador dos estudos é o que vê o ser humano como um ser único, integral e multidimensional, avaliando seus aspectos de saúde física, econômica, cultural, social, ambiental, política e biológica. (FEIO; OLIVEIRA, 2015).

É importante trazer aqui uma diferenciação dos termos Educação em Saúde e Educação na Saúde. De acordo com Falkenberg *et al.* (2014), a educação em saúde é considerada o processo educativo de construção de conhecimentos em saúde, com o viés de atualizar a população sobre a temática. As práticas de educação em saúde envolvem os profissionais de saúde, os gestores que apoiam esses profissionais e a população. Ela solicita um pensar crítico e reflexivo, visando revelar a realidade e propor ações transformadoras que levem os sujeitos à sua emancipação histórica e social, tornando-se, assim, capazes de opinar nas decisões sobre a sua saúde e de sua comunidade.

Visando promover a educação em saúde, também é necessário que ocorra a educação voltada para os profissionais de saúde, essa denominada educação na saúde. Os autores Falkenberg *et al.* (2014) salientam que a educação na saúde incide na produção e sistematização de conhecimentos referentes à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, englobando práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientações curriculares. A atuação dos profissionais da saúde é múltipla e está em constante desenvolvimento, destes profissionais é exigida inteligência emocional e formação constante, para além da graduação. (FALKENBERG; *et al.*, 2014).

As pesquisas de Feio e Oliveira (2015) destacam que a educação em saúde é relevante para a promoção da saúde, definem que o ser humano é um ser multidimensional, com isso, a saúde não pode ser considerada como estática e sim como um processo em permanente alteração, processo do qual o indivíduo precisa participar, pensando no seu próprio bem-estar e no da sociedade na qual ele está inserido. Os autores ainda apontam:

[...]As emoções influenciam continuamente a nossa relação com o outro e, para um profissional da área da Saúde, algumas influências podem interferir em suas relações com o seu paciente – aquelas que envolvem a morte, por exemplo, influenciam tanto o seu comportamento quanto o comportamento do outro. (FEIO; OLIVEIRA, 2015, p. 705).

Com base no visto até o momento, percebe-se que a área de saúde exige muito de seus profissionais, uma vez que estes estão diariamente em contato com as mais variadas situações, lidando com outros seres humanos em situação fragilizada por doenças ou perdendo entes queridos. Assim, as emoções acabam por influenciar os profissionais da área, que precisam estar preparados para estas situações.

Salienta-se que, embora historicamente muitos programas voltados para a área da saúde tenham sido criados, a educação permanente desta classe de trabalhadores só recentemente foi legitimada como política pública. (MASSAROLI; SAUPE, 2008).

Existem tentativas para diferenciar a educação permanente e a educação continuada. A Organização Pan-americana da Saúde (OPS, 1978 apud MASSAROLI; SAUPE, 2008) conceitua a Educação Continuada como um processo permanente, iniciado após a formação básica, um processo que visa atualizar e melhorar as aptidões de uma pessoa. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1982 apud MASSAROLI; SAUPE, 2008) assinala que a Educação Continuada é um processo que inclui as experiências posteriores ao treinamento inicial.

Logo, a educação continuada engloba as atividades de ensino e qualificação após o curso de graduação, com objetivos mais restritos de atualização e obtenção de novas informações. Na área da saúde, os conceitos de educação continuada e educação permanente possuem significados semelhantes, muitas vezes tratados como sinônimos. (MASSAROLI; SAUPE, 2008).

Reconhecidamente, o processo de ensino-aprendizagem é mutável, portanto, exige reflexão e crítica, levando os sujeitos a intervirem de forma prática nos espaços sociais em que estão inseridos. A educação permanente pode ser considerada uma ferramenta para formar profissionais com competências éticas, políticas e técnicas, neste quesito se inserem os profissionais de saúde, que precisam seguir buscando qualificação ao longo da carreira, formação que precisa ir além da formação tecnicista, instruindo-os como sujeitos sociais responsáveis e empáticos. (COSWOSK *et al.*, 2018).

Logo, a educação permanente em saúde é um processo educativo que coloca em debate o dia a dia do trabalho em saúde, perpassando pelas relações concretas e possibilitando a construção de espaços coletivos para a reflexão e para avaliação do trabalho, de igual forma, possibilita a atualização das práticas de acordo com os aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis. (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Assim, a educação permanente se inicia na área política, necessitando de propostas educativas que sejam indutoras de mudanças nos serviços de saúde, sem desconsiderar os contextos locais. Sabe-se que o trabalho em saúde é complexo e seus profissionais exercem inúmeras funções que não podem ser aprendidas através de formações pontuais, nesse viés, a educação permanente precisa promover e produzir sentidos, trazendo novos significados para a rotina de trabalho em saúde. (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Pela formação também se busca a valorização do trabalho e do trabalhador dessa área, permitindo o seu protagonismo e participação nas transformações do mundo do trabalho, transformação da realidade e reinvenção da forma de trabalhar, como consequência é possível a mudança de práticas em saúde. (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A modernização acaba, cada dia mais, robotizando os diagnósticos e os tratamentos em saúde, o que evidencia a necessidade de promover, nas instituições de saúde, espaços de discussão e oportunidades de ensino, visando que as ações dos profissionais estejam inseridas em ações educativas. Neste cenário, a educação permanente permite a atualização dos conhecimentos e a aquisição de novas informações, o que possibilita que os profissionais de saúde sigam vivenciando novas experiências após sua formação inicial. (COSWOSK *et al.*, 2018).

Educação permanente é sinônimo de práticas educativas contínuas, destinadas ao desenvolvimento de potencialidades para uma mudança de atitudes e comportamentos nas áreas cognitiva, afetiva e psicomotora do ser humano, na perspectiva de transformação de sua prática. É notável a importância da educação permanente entre os profissionais de saúde, impedindo a estagnação profissional e pessoal desses elementos, gerando um processo influente no desenvolvimento crítico e na percepção de que a busca de ensino é instrumento para aprendizagem. (COSWOSK *et al.*, 2018, s/p).

A educação permanente possibilita que esses profissionais sigam percebendo que a realidade social em seu entorno muda a todo momento, a estagnação e a robotização dos modos de agir são muito prejudiciais em todas as áreas, mas

principalmente em saúde, pois os profissionais estão lidando com indivíduos com todos os tipos de crenças e provenientes de vários contextos sociais distintos.

Os autores (COSWOSK *et al.*, 2018) também assinalam a importância da formação permanente em saúde, principalmente na busca pela criticidade e humanização destes profissionais, nomeadamente nesse período, no qual a mecanização toma conta dos processos. A educação para profissionais de saúde é de extrema relevância, pois proporciona segurança e qualidade nas funções desenvolvidas e promove mudanças de postura sobre seu ambiente de trabalho, traz benefícios ao trabalhador, a instituição e aos pacientes.

Sabe-se que a formação é um dos pilares de sustentação do SUS e foi por isso que o país instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) através da Portaria GM/MS n. 198/2004. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é compreendida como um conceito pedagógico que relaciona ensino, serviço, docência e saúde, contribuindo para o desenvolvimento profissional, a gestão setorial e o controle social. (FRANÇA; *et al.*, 2017).

A Portaria n. 198/GM/2004, institui a PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. A referida normatização objetiva:

- I - Identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
- II - Mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção Inter complementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);
- III - Propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
- IV - Articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;
- V - Formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base loco regional;
- VI - Estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; e
- VII - Estabelecer relações cooperativas com as outras articulações loco regionais nos estados e no país. (BRASIL, 2004, p. 02).

Percebe-se que essa legislação foi uma resposta às necessidades de formação e de desenvolvimento que os profissionais da área de saúde possuíam, percebendo que a atualização dos saberes iria propiciar um atendimento mais qualificado. Assim a portaria propõe, de forma interligada, a formação dos trabalhadores, dos gestores, dos formadores e de formuladores de políticas, a integração da rede e o estabelecimento de novas políticas de organização da atenção à saúde. (BRASIL, 2004). Já a Portaria n. 399/GM/MS/2006 prevê que as diretrizes para o trabalho na educação na saúde devem considerar “a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS.” (BRASIL, 2006, s/p).

No ano de 2017, aconteceu em Brasília/DF, a Reunião Técnica Preparatória para discussão do processo de revisão da PNEPS. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada uma

[...] estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças. (BRASIL, 2018, p. 13)

Através da EPS, espera-se qualificar e aperfeiçoar o trabalho na área da saúde, é uma busca por humanização e qualidade em prol do fortalecimento do SUS, inicialmente, a criação da PNEPS teve como marco legal a Portaria GM/MS n. 198/2004, após as diretrizes foram publicadas na Portaria GM/MS 1.996/2007, que fomentou a condução regional da política e a participação interinstitucional, por meio das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), também determinou o orçamento para os projetos e as ações. A reunião técnica preparatória foi pensada visando a evolução destas portarias, partindo da discussão sobre a pertinência da revisão da PNEPS. (BRASIL, 2018).

A EPS possui um viés pedagógico, tem como característica a busca por melhorar e qualificar as práticas dos sujeitos, que são as peças fundamentais de todo o processo que envolve a saúde no Brasil. São as relações e práticas dos profissionais de saúde e a busca por reconhecer a condição de aprender na interação entre os sujeitos, a EPS e o SUS estão interligados devido à espécie do processo pedagógico de trabalho, uma prática dialógica que interroga os sentidos dos sujeitos e as condições dos cenários. (ROJAS; *et al.*, 2019).

Ferreira *et al.* (2019) realizaram uma revisão integrativa de literatura, visando analisar a apropriação da EPS pela Atenção Primária em Saúde no Brasil. Os autores destacam que a partir da implementação da política de EPS, a educação permanente passou por modificações quanto a sua compreensão na prática dos serviços, com base nos casos estudados, percebeu-se diferentes compreensões sobre EPS, porém o entendimento predominante, ainda, aproximou-se do conceito de educação tradicional.

Outra pesquisa foi realizada por Bomfim *et al.* (2017) visando discutir os sentidos e significados da EPS no trabalho das equipes de Saúde da Família, os autores realizaram entrevistas e observações com 11 trabalhadores da Atenção Básica e 5 gestores da Secretaria Municipal de Saúde. Com a análise dos dados coletados os autores assinalaram que os trabalhadores possuem entendimentos próximos ao conceito oficial da EPS, as entrevistas também revelaram uma concepção associada a cursos, capacitações e treinamentos, os quais promovem mudanças.

Weykamp *et al.* (2016) investigaram a percepção dos profissionais de enfermagem da Atenção Básica em relação às atividades de EPS, coletando dados em Unidades Básicas de Saúde. O estudo permitiu perceber que, na visão do grupo entrevistado, as atividades da EPS são ferramentas importantes em seus cotidianos de trabalhos, porém ainda há dificuldades para associá-la a PNEPS. Os autores ainda destacam que foi possível identificar a necessidade de um planejamento efetivo das atividades da EPS, de forma que elas se estendam ao ambiente de trabalho, possibilitando a valorização e o estímulo profissional.

Tratando de formação, pode-se referir aos estudos de Gramsci (2001), que possuem um forte caráter político, o estudioso assinala que os intelectuais formam o grupo social responsável pela manutenção de vínculo orgânico entre os sujeitos, apontando que as classes que possuem domínio econômico constroem para si camadas de intelectuais orgânicos, que representam, defendem, elaboram e dão coesão à ideologia dos grupos dominantes.

Assim, para que seja possível a construção de uma nova hegemonia é preciso superar o senso comum, para que sejam colocados em pauta os interesses de todas as classes, nesse sentido, é preciso de políticas e ideologias, o que só é possível por meio da educação em um processo de superação do senso comum e tomada de consciência. (GRAMSCI, 2001)

Na visão de Bauman (2007), a formação funciona como propulsão para que seja possível atender às necessidades da sociedade, pois, cada vez mais são necessários profissionais autônomos e reflexivos. Mesmo que as pesquisas do autor sejam voltadas a formação docente, podemos perceber como a formação deste perfil de profissional também é urgente na área de saúde, uma vez que a criação de vínculos interpessoais e a construção de um ambiente hospitaleiro e amigável são essenciais nos ambientes de saúde, pensando na reconstrução do espaço público, voltando-se para os interesses individuais e comuns, privados e comunais, direitos e deveres. (BAUMAN, 2007).

Parece relevante fazer aqui uma interface da saúde com a educação. De acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), a educação é um direito humano fundamental, sendo essencial para o exercício de todos os demais direitos. A educação é o fator que permite aos indivíduos aprenderem o que é necessário para viver com saúde e dignidade (UNESCO, 2021). Nesse viés, a UNESCO considera como sua responsabilidade defender o direito de todos a ter educação ao longo da vida, seja essa educação formal, não formal ou informal, entendendo que a educação transforma vidas e acreditando que todos precisam ter acesso a uma educação de qualidade. (UNESCO, 2021).

Cabe retornar ao conceito de educação permanente de atenção à saúde e do cuidado com a outra pessoa, considerando os escritos de Freire (1996a), a educação é uma maneira de intervenção no mundo, assim, precisa ser compreendida como um processo de humanização. Para o autor “a educação é um ato de amor, por isso um ato de coragem” (FREIRE, 1996a, p. 104), logo, é através da educação que se estabelece uma relação interativa entre os indivíduos, na perspectiva de transformar realidades.

Na concepção freiana, a educação permite a reciprocidade entre os sujeitos e a elaboração e apropriação crítica da realidade, a abordagem da educação realizada pelo autor não é unilateral, mas um processo dialético em que educador e educando estão imersos, aventurando-se para realizar descobertas compartilhadas. (FREIRE, 1996a).

Nesse ponto, a estreita relação entre saúde e educação fica mais clara, pois sem possuir acesso à educação, o sujeito não se torna capaz de intervir e modificar sua realidade, para assim poder cobrar e prezar por sua saúde. Para que a educação

em saúde seja realmente eficaz o paciente precisa compreender seus deveres para com sua saúde, evitando se expor a doenças pela desinformação. Percebe-se aqui o quanto os profissionais de saúde precisam e podem contribuir nesse quesito, atuando também em prol da educação da população, sendo propulsores da desejada mudança de comportamentos e hábitos.

Para Demo (2010, p. 869), pensando na educação como é “vendida” nos dias de hoje, seria de se esperar que os docentes e demais profissionais se mantivessem em constante “desconstrução”, abertos para as mudanças necessárias e em constante formação. Nesse viés, o autor alerta para a necessidade de novos rumos para a formação original e permanente, tratando da formação permanente, Demo (2012) diz que o estudo deve ser parte essencial da formação de todos os profissionais, dando ênfase em seu texto para os docentes, para ele é preciso estabelecer um compromisso em desenvolver centros de formação permanente, que sejam capazes de ofertar cursos mais aprofundados, instigando a pesquisa e o aperfeiçoamento profissional.

Na perspectiva de Delors (1996), a concepção de educação permanente precisa ser reestruturada, devendo, além do contexto profissional, englobar uma construção contínua do ser humano, considerando seu saber, suas aptidões, seu discernimento e suas ações, para que este possa tomar consciência de si mesmo e do meio no qual está inserido, podendo, assim, cumprir o seu papel social de trabalhador e cidadão.

O conceito de educação ao longo de toda a vida aparece, pois, como uma das chaves de acesso ao século XXI. Ultrapassa a distinção tradicional entre educação inicial e educação permanente. Vem dar resposta ao desafio de um mundo em rápida transformação, mas não constitui uma conclusão inovadora, uma vez que já anteriores relatórios sobre educação chamaram a atenção para esta necessidade de um retorno à escola, a fim de se estar preparado para acompanhar a inovação, tanto na vida privada como na vida profissional. É uma exigência que continua válida e que adquiriu, até, mais razão de ser. E só ficará satisfeita quando todos aprendermos a aprender. (DELORS, 1996, p. 19).

A aprendizagem ao longo da vida já é idealizada historicamente, embora a expressão em si seja recente, trata-se de buscar continuamente por atualização e conhecimento, seja na área profissional, acadêmica ou pessoal, logo, refere-se a um aprendizado moldável, diversificado e disponível em diferentes tempos e lugares.

Bauman, em entrevista concedida a Porcheddu; Rezende e Bulgarelli (2009), assinala que a educação tem sua verdadeira essência enraizada na escola, porém,

na modernidade líquida, é preciso considerar que os centros de ensino são constantemente submetidos à pressão “desinstitucionalizante”, o que acarreta muita pressão e constantemente sua existência é sempre posta em dúvida.

Ainda para Bauman, a educação permanente é a única possível nos dias de hoje, pois inicialmente, a universidade ensinava regras seguras para praticar a profissão até a aposentadoria, o que não é mais realidade nos dias de hoje, uma vez que o conhecimento precisa ser constantemente renovado e as profissões mudam a todo instante. (PORCHEDDU; REZENDE; BULGARELLI, 2009).

Neste viés, são pertinentes os apontamentos de Morin (2000, p. 36) que sinaliza que o “conhecimento das informações ou dos dados isolados é insuficiente. [...] Para ter sentido, a palavra necessita do texto, que é o próprio contexto, e o texto necessita do contexto no qual se anuncia”, logo, é evidente que o contexto precisa ser considerado quando se pensa em educação permanente, pois esta é também uma estratégia de ação para o enfrentamento de mudanças e imprevistos da vida, a educação para a vida, como visto aqui, é uma forma de aprender a lidar com as incertezas e com os imprevistos que podem surgir no contexto de cada indivíduo.

Conclui-se, com base nos autores referenciados, que a educação perpassa todos os campos da vida, pois trata da interação entre os indivíduos envolvidos em determinado contexto em consonância com o mundo em sua volta. Na área da saúde, embora seja um processo complexo, refere-se a um paralelo entre as duas áreas, tendo a Educação um caminho para transformar comportamentos e a Saúde os conhecimentos científicos capazes de intervir sobre as enfermidades de um indivíduo. Com isso, a educação em saúde se torna um processo educativo que abarca as relações entre os profissionais da área de Saúde e a população.

Compreender as políticas e os processos envolvidos na educação permanente em saúde é relevante para que seja possível traçar um curso rumo ao ideal desejado, seja ele potencializar a humanização da atenção em saúde. Na sequência deste estudo, iremos discorrer sobre a gestão em saúde, tratando sobre as perspectivas transdisciplinar, horizontalizada e humanizada, sobre os recursos humanos envolvidos neste processo e sobre a importância da empatia, responsabilidade e comprometimento nos atendimentos em saúde. Também iremos tratar sobre a estrutura física dos espaços de atendimento em saúde e o valor de um espaço acolhedor.

6 GESTÃO EM SAÚDE: PERSPECTIVA TRANSDISCIPLINAR, HORIZONTALIZADA E HUMANIZADA

A gestão em saúde é formada por uma práxis social na área institucional, tendo um caráter complexo e polivalente, sua forma de ser está aquiescida em uma dimensão política, interligada a interesses distintos, interações de poder e de autonomia. Atualmente, o processo de gestão do SUS conta com o Pacto pela Saúde, articulado em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. (CARVALHO *et al.*, 2012). Historicamente no Brasil, há um grande esforço na elaboração de um modelo de atenção à saúde que vise as ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos, assim, em 2005, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Agenda de Compromisso pela Saúde com os três eixos citados acima. (BRASIL, 2010).

Citando a PNEPS, a gestão participativa é considerada essencial para o alcance dos objetivos estratégicos do SUS. Além, disso, a gestão da Política de EPS, busca fomentar a elaboração dos planos estaduais de EPS e de planos de ação regional, atua na definição de metodologias para a construção do plano estratégico de EPS, vinculando instrumentos de gestão e planejamento do SUS à EPS. Também se pode citar como trabalho da gestão a implantação do sistema de informação e gerenciamento das ações de EPS, a criação da função de apoiadores regionais na área de EPS e a inclusão e articulação de ações de formação. (BRASIL, 2018).

Campos (2013) apresenta a gestão como uma tarefa coletiva, evidenciando os sistemas de cogestão, que atuam como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições, o autor aborda que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição de sujeitos, enquanto a cogestão influi sobre a produção de subjetividade, apresentando o Método da Roda, pois a roda simboliza um espaço democrático, um modo para operacionalizar a cogestão e também a vida, sempre em movimento.

Salienta-se aqui que a construção de um modelo de atenção à saúde que se volte para ampliar o protagonismo dos profissionais da área e melhorar a qualidade de vida dos sujeitos é justamente o que se busca com este estudo, pois se acredita que a humanização dos atendimentos perpassa pela formação permanente dos profissionais, quebrando o círculo de hábitos adquiridos e nem sempre pertinentes ao atendimento dos pacientes, que já se encontram fragilizados pela situação de saúde

que os levou a procurar um atendimento, como também passa pela gestão, que precisa compreender e incentivar essa nova visão.

O Pacto em Defesa da Vida tem por objetivo qualificar acesso e a qualidade dos serviços do SUS, nessa direção, surge o desafio de propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que seja capaz de conversar com as diversas áreas do setor sanitário, do Governo, dos setores privados e não-governamental e da sociedade, formando uma corrente focada na qualidade de vida da população, nesse sentido, em 2010, foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde. (BRASIL, 2010).

A referida política tem como objetivo principal a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, que são os modos de viver, as condições de trabalho, a habitação, o ambiente, a educação, o lazer, a cultura e o acesso a bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2010). Ela também visa:

- I – Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica;
- II – Ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras);
- III – Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os da atividades-fim;
- IV – Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde;
- V – Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde;
- VI – Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;
- VII – Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis;
- VIII – Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais;
- IX – Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática;
- X – Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde;
- XI – Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País; e
- XII – Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade (BRASIL, 2010, p. 17-18).

É relevante evidenciar que a formação de profissionais com uma visão transdisciplinar, independente da área, é (ou pelo menos devia ser) o principal objetivo de todas as Instituições de Ensino Superior. Na área de saúde, formar profissionais com esta visão pode acarretar a efetividade das políticas públicas em saúde. (PIRES; ANDRADE; REIS, 2016).

Ao longo de sua história, o SUS sempre buscou por modelos de trabalho em saúde que prezassem pelos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade na promoção da saúde, sempre voltados ao cuidado humanizado, nesse viés a humanização é entendida como a valorização dos diferentes indivíduos que estão envolvidos no processo de produção de saúde, sejam eles pacientes, profissionais de saúde ou gestores. (PIRES; ANDRADE; REIS, 2016).

Mesmo não sendo a realidade de muitos espaços de atendimento em saúde, percebe-se que o SUS, desde sua criação, preza por estes ideais de humanização nos atendimentos e protagonismo de seus profissionais, assim sendo, é necessário tratar de políticas humanizadoras, no subcapítulo a seguir serão abordados os recursos humanos e alguns dos fatores essenciais para atendimentos humanizados, como a empatia, a responsabilidade e o comprometimento.

6.1 Políticas humanizadoras: empatia, responsabilidade e comprometimento

Tratando de políticas humanizadoras, é relevante trazer o documento HumanizaSUS, de 2010, que aponta em sua redação os desafios e os avanços do SUS, salientando a instituição de uma política pública de saúde que objetiva “à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas.” (BRASIL, 2010, p. 13).

O documento aborda a humanização como política pública que precisa estar presente em todas as ações em saúde. A humanização precisa traduzir os princípios do SUS e orientar suas práticas de atenção e gestão, assim, espera-se construir trocas solidárias e comprometidas, oferecendo um eixo articulador das práticas em saúde contagiadas por atitudes e ações humanizadoras. (BRASIL, 2010).

Ao entender a humanização como política transversal, busca-se a valorização dos diferentes sujeitos participantes do processo, a conquista da autonomia, do protagonismo dos sujeitos e o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde. Essas ações permitiriam estabelecer vínculos solidários e de participação

coletiva, mapeando as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde, promovendo uma mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, focando nas necessidades dos cidadãos. (BRASIL, 2010).

Destaca-se aqui a concepção de humanização abordada por Freire (1996b), que relata que humanização e desumanização são possibilidades históricas do ser humano, considerando que este é um ser incompleto e consciente de sua incompletude. O autor afirma que a “tarefa humanista e histórica dos oprimidos – libertar-se a si e aos opressores.” (FREIRE, 1996b, p. 33). Percebe-se, pelas palavras do autor, a necessidade de nos vermos como seres em processo contínuo de humanização, que precisam tomar consciência de sua própria condição de seres desumanizados historicamente e em busca de libertação.

Em relação à proposição da humanização como política de saúde, é inegável que a formação dos profissionais é essencial, pois são eles que fazem funcionar, todos os dias, os serviços de saúde. A humanização exige um pensamento e uma ação sistemática, englobando o planejamento das ações, as atividades e as rotinas dos serviços de saúde. (GOULART; CHIARI, 2010).

Como estratégia de atenção à saúde, na qualidade de política de Estado, é necessário que a humanização seja implementada como uma política transversal, que atualiza um conjunto de princípios e diretrizes por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. A humanização como política transversal supõe, necessariamente, ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. Entendemos, entretanto, que tal situação de transversalidade não deve significar um ficar fora, ou ao lado, do SUS. (GOULART; CHIARI, 2010, p. 258)

Entender a humanização como política transversal é quebrar as barreiras de poder interpostas entre as camadas de hierarquia, trata-se de trabalhar como um coletivo que perpassa por diversas áreas, integrando as contribuições que cada uma pode trazer, uma política transversal possui um caráter de abertura e de agregação de saberes ou poderes.

Para Pires; Andrade e Reis (2016) a empatia e o acolhimento não fazem parte de um campo profissional dos profissionais de saúde e isso alerta para a urgência serem parte da formação de cada um deles. A formação permanente em saúde precisa ser concretizada com base nos princípios da concepção de saúde predita pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Para a OMS, saúde tem como significado o bem-estar total, seja físico, mental ou social, assim, saúde não pode ser entendida apenas como ausência de doença, esta definição e compreensão de saúde precisa nortear as formações, pois, precisa-se formar seres humanos capazes de acolher os outros e não apenas focados em suas especialidades. (PIRES; ANDRADE; REIS, 2016).

Ressalta-se aqui, que o acolhimento é uma das diretrizes da PNH, logo, a formação permanente em saúde “deve seguir na construção e transformação dos valores e percepções individuais, buscando a compreensão e integração no coletivo, representando pelas diversas equipes que atenderão e acompanharão o processo de produção em saúde.” (PIRES; ANDRADE; REIS, 2016, p. 2).

Os debates sobre a humanização em saúde não são recentes, este foi um dos temas abordados no Movimento da Reforma Sanitária, que aconteceu entre os anos 70 e 80, período no qual se iniciou o questionamento sobre o modelo assistencial vigente, que tinha como eixo principal a figura do médico e ênfase na doença, dessa forma, o relacionamento entre profissionais e pacientes podia ser considerado desumano e a pretensa onipotência dos profissionais demonstrava certa arrogância intelectual. (RIZZOTTO, 2002).

O Movimento de Reforma Sanitária e as lutas populares trouxeram a necessidade um novo projeto de saúde, o SUS, que segue em processo de construção e carrega em sua base os princípios e as diretrizes de uma política de humanização da assistência em saúde no país, garantindo o acesso à saúde de forma universal, gratuito e integral, objetivo este já expresso na Constituição Federal, de 1988, que determina como direito a saúde, sendo dever do Estado garanti-la por meio de políticas sociais e econômicas. (RIZZOTTO, 2002).

As ações que promovem a participação dos trabalhadores em saúde nos processos de discussão e decisão precisam ser fortalecidas, promovendo a valorização dos trabalhadores, sua motivação, desenvolvimento e crescimento profissional, possibilitando, assim, a implementação de ações integrais e intersetoriais de saúde, melhorando e qualificando os processos de trabalho que buscam o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos. (BRASIL, 2010).

Para buscar atendimentos firmados em empatia, responsabilidade e comprometimento, é preciso iniciar pelos cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde, nestas formações a humanização precisa ser incluída como

conteúdo e orientar os processos de educação permanente em saúde. São necessárias práticas e planejamentos com monitoramento e avaliação, observando a perspectiva da humanização em saúde. (BRASIL, 2010).

O protagonismo e a autonomia dos profissionais de saúde e dos usuários é de extrema importância, pois amplia o compromisso social e a corresponsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde. É preciso resgatar os alicerces básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, perfilhando os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, com a construção de redes solidárias e interativas, buscando pelas reais necessidades dos envolvidos.

6.2 Políticas humanizadoras - estrutura em saúde: espaço acolhedor.

Os projetos de construção e os espaços de atendimento em saúde também precisam ser pensados, considerando o ideal de humanização que se busca. Estes espaços precisam ser adequados às realidades locais e aos contextos socioculturais, precisam ter um número de profissionais que seja adequado aos atendimentos que serão realizados, sempre em consonância com as diretrizes e os princípios do SUS. (BRASIL, 2010).

Ambiência na Saúde é a expressão usada para a atenção que é preciso dispor ao espaço físico, considerando que este precisa ser acolhedor, resolutivo e humano. Essa atenção se inicia pela arquitetura dos espaços, indo além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, estes locais precisam ser pensados como espaços que irão atender grupos de pessoas que possuem seus valores culturais e relações sociais. (BRASIL, 2010). Ainda:

O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia...–, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários.

O espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.

O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. (BRASIL, 2010, p. 06).

Quando se fala em confortabilidade, trata-se de pensar e estudar as formas, dimensões e volumes dos espaços, visando torná-los agradáveis e adequados, com uma iluminação aconchegante e apropriada às necessidades do trabalho que será

realizado. Também é importante considerar fatores como o cheiro, o som, as percepções do espaço, as sensações humanas, as cores e as áreas externas. Nas Unidades Básicas é importante analisar os espaços de encontros, integração e os locais de passagem que podem proporcionar diferentes trocas. A privacidade e a individualidade dos sujeitos também precisam ser pensadas, pois isso diz respeito à proteção da intimidade do paciente, que pode ser garantida com uso de divisórias ou cortinas, trata-se do entendimento de que cada paciente é diferente do outro. (BRASIL, 2010).

Ao realizar esses processos nos espaços de saúde é preciso considerar as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde, objetivando transformar e garantir direitos e constituir novos sentidos, pois os espaços físicos também precisam ser espaços de trocas, visando caminhar na direção de um sistema de saúde mais humano. (BRASIL, 2003).

Ressalta-se que a ambiência, isoladamente, não irá alterar os processos de trabalho, é preciso relacioná-la com a postura e o entendimento desses processos pelos profissionais de saúde, um espaço acolhedor e humanizado é uma das ferramentas facilitadoras para melhorar o processo. (BRASIL, 2010).

Uma recepção acolhedora é aquela que recebe os pacientes com escuta qualificada, respeito e atenção, a base desse atendimento é, justamente, a capacidade de escuta e de diálogo. Aqui se inclui a infraestrutura, que precisa ser harmônica e confortável, elementos como a introdução de plantas, podem ajudar nesse sentido, o ambiente precisa atender ao perfil integral de cada indivíduo que procura os serviços de saúde. É preciso criar métodos de atendimento que não permitam que o paciente precise chegar de madrugada para esperar a unidade de saúde abrir e conseguir o atendimento. Também é relevante que existam equipamentos informativos, como televisores, murais, dentre outros, a recepção e os espaços em geral precisam ser limpos, salubres, aconchegantes e bem-organizados. (TRAD; ESPERIDIÃO, 2010).

De acordo com os estudos de Bestetti (2014), o homem, como ser social, interage com o ambiente físico e com o meio social, esses ambientes interferem em suas percepções. Como ser social, vamos construindo uma história junto aos nossos grupos, assim como construímos uma relação com ambiente que nos é familiar. Assim, considera-se que conforto é o bem-estar de um sujeito em um ambiente.

A ideia de estar acolhido enfatiza o elemento protetor do conforto, caracterizando que todos buscam abrigos, o que ao longo das gerações teria auxiliado a sobrevivência de certos indivíduos e determinado sua vitória no processo de seleção natural. (BESTETTI, 2014, p. 603).

Nesse contexto, ao buscar um atendimento em saúde, na maioria das vezes o indivíduo já está fragilizado, um ambiente acolhedor pode aumentar suas chances. Os fatores que envolvem o conforto vão além das questões estruturais e englobam também as questões emocionais. Logo, um ambiente confortável é um “abrigo para o corpo e para a alma.” (BESTETTI, 2014, p. 603).

Freire (1994), ao tratar sobre solidariedade e humanização, fala sobre a importância da escuta e advoga que todos possuem vocação para a humanização, sendo esta parte constituinte do ser humano, que sempre busca “ser mais”, para o autor, a desumanização é a distorção da vocação. A solidariedade entre os indivíduos acontece de diferentes formas, pois a busca do “ser mais” é também a busca por humanização.

Para Freire (1996a), ser solidário não se relaciona com praticar o assistencialismo, mas sim em assumir uma atitude forte ante as diferenças sociais e atuar em prol de sua transformação. Isso transforma a solidariedade em política resultante da ação humana na sociedade, logo, trata-se de um processo educativo de desenvolvimento e exercício prático de participação e diálogo com responsabilidade. Para o autor, esse tipo de solidariedade não hierarquiza os valores sociais ou políticos, pois seu objetivo é promover a doação recíproca, considerando que todos têm algo a oferecer.

Esta visão de solidariedade precisa estar presente nos atendimentos em saúde, pois se trata de uma ação que deixa de ser individual e passa a pensar de forma coletiva. Aqui também é possível estabelecer uma relação com a bioética, pois se trata da correlação necessária entre as ciências naturais e as ciências humanas, a bioética possui uma índole interdisciplinar, é um campo de estudo vasto que exige conhecimentos interdisciplinares, para Bellino (1997) a bioética é mais que uma disciplina, é um local de confronto entre os saberes sobre problemas que surgiram com o progresso das ciências em geral.

Percebe-se que um modelo de gestão transversal, voltado para o trabalho em equipe e construção coletiva pode permitir que o poder e os saberes sejam compartilhados, tornando-se um meio para promover saúde, qualificar e humanizar os atendimentos, além de promover um ambiente de trabalho no qual o profissional

possa se sentir protagonista, logo, essa forma de gestão coletiva pode ser considerada como critério fundamental para construir um novo modelo de atenção em saúde.

Analisar as políticas humanizadoras no que tange a empatia, responsabilidade, comprometimento e espaço acolhedor deixou algumas questões evidentes. Pensar a humanização deve ser um ato apoiado na educação e na aprendizagem, as relações interpessoais perpassam, inevitavelmente, pelo processo e é a qualidade do atendimento, que pode ser medido desde o espaço físico adequado e aconchegante até a empatia dos profissionais, embasada pela ética e responsabilidade profissional que são os determinantes para um atendimento humanizado. Um bom profissional compreende que a relação entre o profissional de saúde e o paciente é sempre fundamental para a promoção da qualidade do cuidado.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tendo no horizonte o tema das Políticas Públicas de Saúde e Políticas de Educação Permanente da área de saúde, buscamos aqui responder ao problema de pesquisa: A educação permanente nos serviços de saúde potencializa a humanização da atenção em saúde? Nesse viés, o objetivo geral da presente pesquisa foi analisar se a educação permanente nos serviços de saúde potencializa a humanização da atenção em saúde.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada uma estratégia político-pedagógica, pois por meio dela é possível analisar criticamente os problemas e as necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde, englobando nesse processo o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no dia a dia do trabalho, visando à produção de mudanças. (BRASIL, 2018).

Procurando atender a esses objetivos, buscamos verificar as percepções dos funcionários da área de saúde de instituições hospitalares públicas e privadas da região. Foram enviados 445 (100%) questionários, com o objetivo de atingir 30% do universo de gestores, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos das instituições que aceitam participar da pesquisa, obtivemos 155 retornos, atingindo o percentual de 34,83%.

A pesquisa de campo aqui proposta foi realizada em hospitais gerais, públicos e privados, da região, dessa forma, participaram do estudo a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Frederico Westphalen/RS; o Hospital Santo Antônio (HSA), de Tenente Portela/RS; o Hospital Santa Terezinha, de Palmitinho/RS e; o Hospital Pio XII, de Seberi/RS.

Considerando os dados coletados, inicialmente apresentaremos o compilado de dados de todas as instituições de saúde participantes da presente pesquisa, confrontando esses resultados com as teorias estudadas. Na sequência serão apresentados os dados individuais de cada instituição, assim como seu histórico, dada a necessidade de situar, historicamente, cada uma dessas instituições.

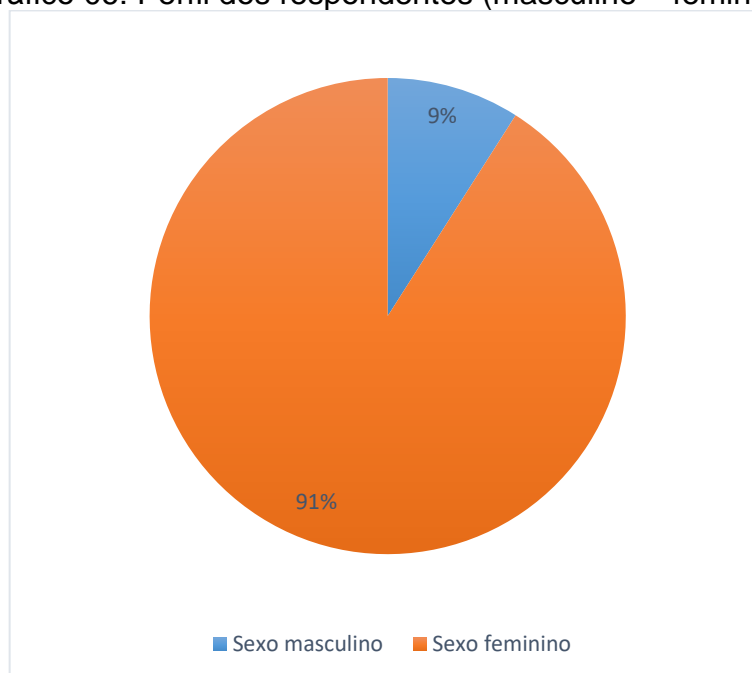
7.1 Dados gerais e discussões

Inicialmente, apresentamos os dados gerais coletados nos estabelecimentos de saúde, considerando os 155 retornos obtidos, sem diferenciar as instituições. As

primeiras questões do questionário visavam coletar informações sociodemográficas dos respondentes.

Uma das questões que pareceu ser de grande relevância, mesmo não tendo relação direta com os objetivos deste estudo, mas considerando o fator social envolvido, é o predomínio de mulheres atuando nos serviços de saúde, ressaltando que as questões relacionadas aos cuidados ainda são muito atreladas ao sexo feminino.

Gráfico 06: Perfil dos respondentes (masculino – feminino)



Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

Entre os 155 profissionais de saúde que participaram da presente pesquisa, 141 (91%) são do sexo feminino e apenas 14 (9%) do sexo masculino. Nesse viés, destaca-se o estudo realizado em 2001 por Rocha e Debert-Ribeiro (2001), que encontrou resultados diferentes, uma vez que entre os 553 profissionais de saúde participantes, 225 (40,7%) eram mulheres, progredindo no tempo, Wermelinger *et al.* (2010), realizaram uma pesquisa com profissionais da saúde em 2010 e já evidenciaram que quase 70% da força de trabalho na área da saúde pesquisada era feminina.

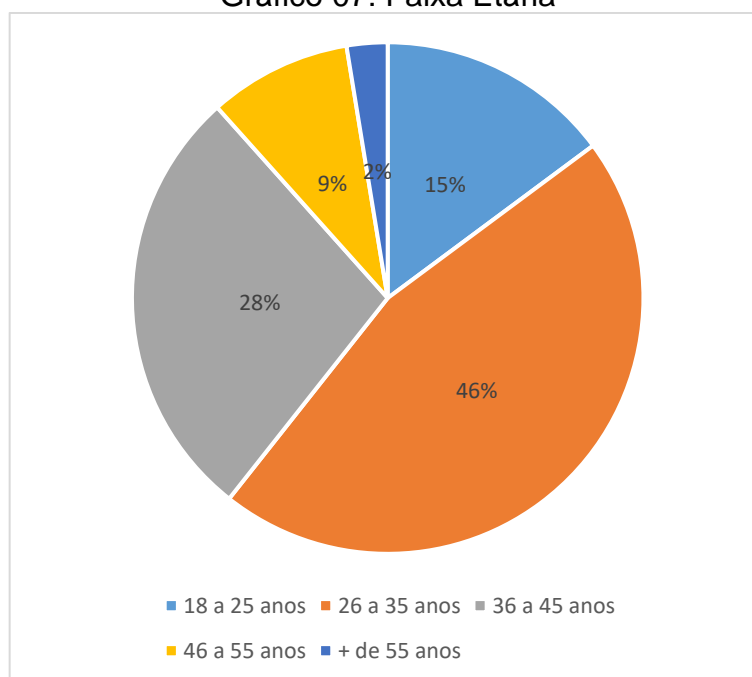
Percebe-se que essa predisposição feminina ao trabalho em saúde está crescendo, o que traz dois pontos importantes, um relacionado a conquista de novos espaços de trabalhos pelas mulheres e outro proveniente do estereótipo feminino

socialmente construído e ainda vigente em nossa sociedade, que acaba associando alguns trabalhos específicos, principalmente os relacionados ao cuidado e a assistência, como funções femininas. (BARBOSA *et al.*, 2012).

Assim como percebido pela comparação de dados desse estudo com o de outros autores, o crescimento da participação das mulheres no mercado produtivo tem aumentado em todo mundo, o que positivo e representa uma vitória da luta de mulheres por igualdade, todavia, não é possível negar que ainda persistem muitas desigualdades, tanto em relação ao salário quanto em relação aos postos de trabalho. (WERMELINGER *et al.*, 2010).

Na sequência, o questionário apresentado aos profissionais de saúde questionava sobre sua faixa etária. Entre os respondentes, 71 (46%) pertence a faixa etária de 26 a 35 anos, 43 (28%) tem entre 36 e 45 anos, 23 (15%) assinalaram ter entres 18 e 25 anos, 14 (9%) possuem entre 46 e 55 anos e, por fim 4 (2%) respondentes possuem mais de 55 anos.

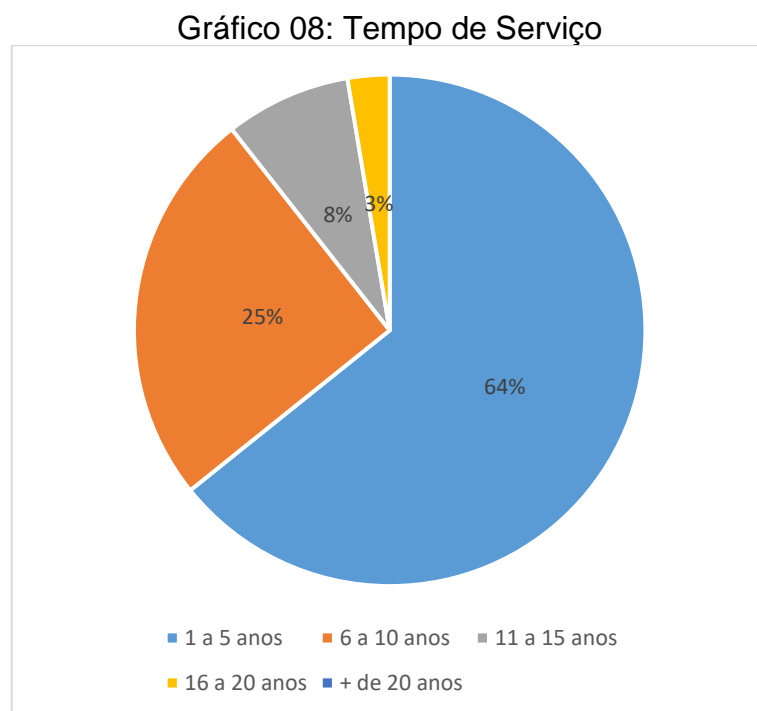
Gráfico 07: Faixa Etária



Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

Estes dados são semelhantes aos encontrados por Rocha e Debert-Ribeiro (2001), que evidenciaram que 59,6% dos respondentes possuíam entre 25 e 34 anos, configurando uma população jovem atuando nos serviços de saúde. Esse dado, de certa forma, condiciona as respostas da questão seguinte, que indagava aos

profissionais sobre há quanto tempo atuam profissionalmente em serviços de saúde na atual instituição, 97 (64%) respondentes afirmaram estar atuando junto a instituição há um período entre 1 e 5 anos, o que faz sentido ao relacionar com a faixa etária de 25 a 34 anos, pensando no tempo de formação desses profissionais. Na sequência, conforme pode ser observado no gráfico abaixo, 28 (25%) dos profissionais está atuando entre 6 e 10 anos, 12 (8%) entre 11 e 15 anos e, 4 (3%) entre 16 e 20 anos.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

Além do fator da idade, outras questões que podem estar relacionadas ao tempo de atuação são a valorização do profissional pela instituição e a pandemia da COVID-19, que expôs esses profissionais a um alto risco de contaminação e colocou em evidência as condições de trabalho, nem sempre ideais, dos profissionais de saúde.

A questão seguinte demarcou certo desconhecimento dos profissionais sobre a instituição na qual atuam, uma vez que, ao serem inquiridos se a instituição de saúde era privada, pública, pública/privada ou outra categoria, as respostas oscilaram muito, 73 respondentes assinalaram que atuam em instituições públicas, 39 em públicas/privadas, 10 optaram por privada e 33 respondentes afirmaram atuar em instituições filantrópicas.

As categorias nas quais cada instituição se enquadra serão mais bem exploradas no histórico individual de cada uma, mas para conhecimento, a UPA é uma instituição pública, o HSA e o Hospital Santa Terezinha são instituições filantrópicas sem fins lucrativo e o Hospital Pio XII é uma instituição privada com fins filantrópicos.

Nesse sentido, cabe destacar que, em nível nacional, as instituições públicas de saúde são a maioria, trata-se das instituições cujos atendimentos são realizados pelo SUS, esses locais possuem grande importância, considerando que grande parte dos brasileiros não pode pagar por atendimentos privados ou planos de saúde e no caso dos hospitais privados, 82% das operações são pagas por planos de saúde. As instituições filantrópicas também são instituições privadas, mas são contratadas pelo sistema público para prestar atendimento ao SUS. (GOIS, 2020). A filantropia é entendida como o ato de ajudar o próximo com ações altruísticas e solidárias, essas ações podem partir de pessoas físicas ou de entidades filantrópicas, que direcionam suas ações em favor de políticas públicas. (SEBRAE, 2019).

A pergunta que deu continuidade ao questionário foi: Qual a principal motivação para você atuar em serviços de saúde? As respostas recebidas podem ser observadas no gráfico que segue.

Gráfico 09: Motivos para trabalhar na área de saúde



Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

Entre os respondentes, 99 (63,87%) escolheram a opção vocação, a resposta apresentada, de certa forma, representa o ideal para o que buscamos enquanto processo, isso é, a Educação permanente enquanto um caminho para a humanização da atenção em saúde, pois mesmo tendo essa atuação como vocação, precisamos buscar incessantemente e incansavelmente lapidar e ampliar nossos conhecimentos específicos e do todo, pois isso facilitaria os processos de saúde dentro da instituição, bem como o resultado final junto aos pacientes e seus familiares.

Sobre a vocação, ressaltada pelos participantes dessa pesquisa, é relevante assinalar que, muitas vezes, ela é relacionada à um desígnio, uma proposição do indivíduo. Porém, é importante compreender que desígnio é aquilo que dá sentido, significado e direção à vida, ou seja, é a junção da vocação com a capacitação necessária para atuar na profissão. Conceitualmente, vocação deriva do latim *vocare*, que tem o significado de chamar, nesse viés, o que chama um profissional de saúde é a beleza da profissão, que eleva o indivíduo em sua condição humana, balizada pelo cuidado. (POLAKIEWICZ, 2020).

As questões envolvendo a motivação dos profissionais de saúde também foram abordadas por Alves Filho e Borges (2014), que destacam que a motivação para o trabalho possui um caráter processual, ou seja, trata-se de um fenômeno que muda com o passar do tempo e em conformidade com o contexto e as influências sofridas. De igual forma, assinalam que os profissionais de saúde acreditam que seu esforço no trabalho não resulta em uma melhora de posição, ou seja, muitos profissionais acreditam que o reconhecimento não seja alcançado pelo desempenho, o que leva a desmotivação e a fatores como o desgaste e a desumanização desses profissionais.

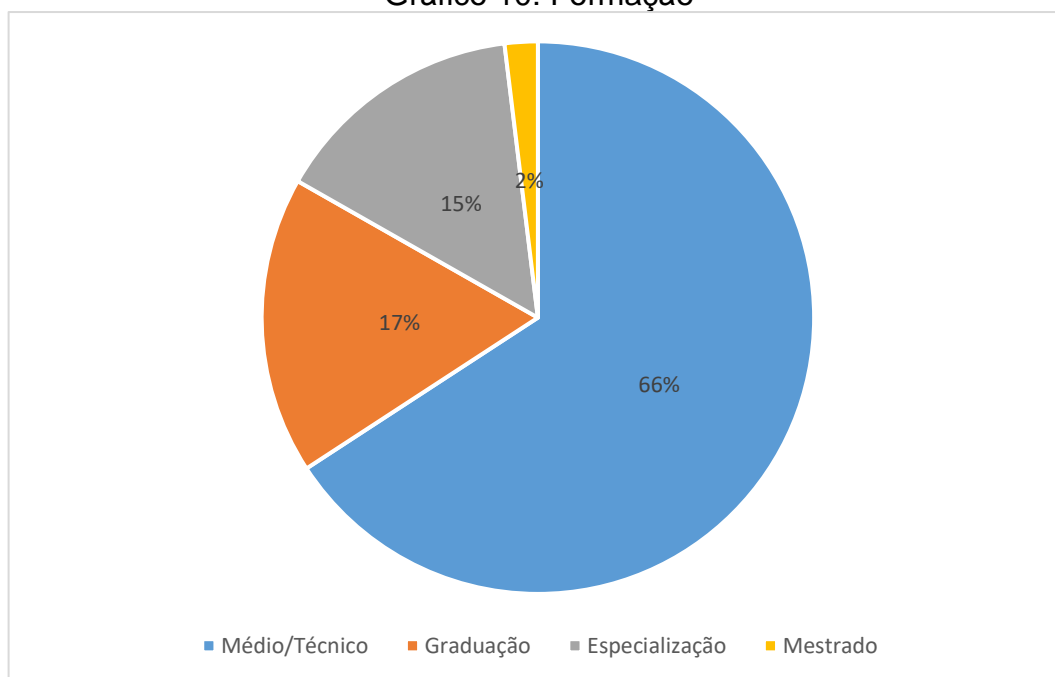
Ainda, 35 (22,58%) profissionais escolheram a opção necessidade financeira e outros 13 (8,39%) mercado de trabalho facilitado. O crescimento nacional do setor é real, entre agosto e novembro de 2021, o número de profissionais da área de saúde cresceu 0,6%, foram 28 mil novas vagas criadas, logo, o mercado de trabalho na área de saúde está em constante crescimento e expansão, isso decorre do aumento da demanda de profissionais pela COVID-19, mas não apenas por isso, o aumento da expectativa de vida da população brasileira e o crescimento da área de saúde preventiva, estimulam esse cenário ainda mais. (FASIG, 2022).

Sobre a última formação dos profissionais participantes do estudo, tem-se 101 Técnicos em Enfermagem e 1 Técnico Contabilidade, ou seja, 66% dos respondentes possuem nível médio. A Graduação foi concluída por 27 (17%) respondentes, entre

esses, 15 possuem formação em Enfermagem; 6 em Farmácia; 1 em Ciências Contábeis; 2 em Serviço Social; 1 em Fisioterapia; 1 em Engenharia Civil e; 1 em Direito.

Ainda, 23 participantes (15%) possuem especializações, 16 deles na área de Enfermagem; 1 em Nutrição; 3 em Técnicas de Enfermagem; 1 em Farmácia e; 2 em Administração hospitalar, apenas 3 (2%) profissionais possuem Mestrado, todos em Enfermagem, nenhum dos participantes possui doutorado.

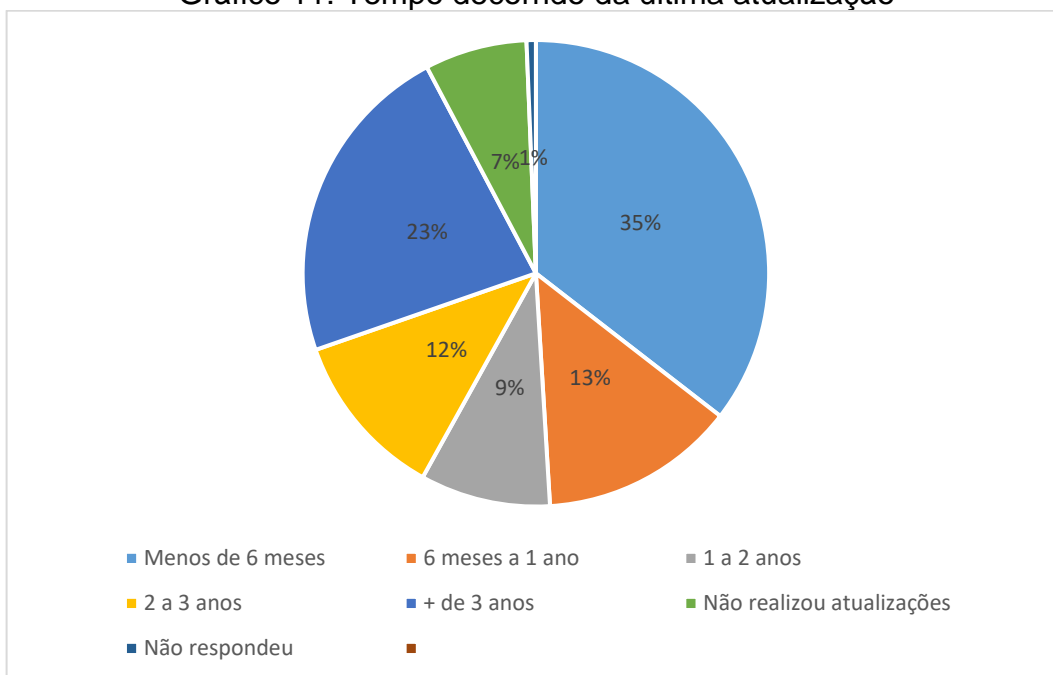
Gráfico 10: Formação



Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

Não há como pensar em mudanças de práticas no cotidiano das instituições de Saúde sem reconhecer a importância da formação permanente dos trabalhadores da área, pois estes são os agentes de transformação do espaço no qual estão inseridos. Logo, é a formação permanente que pode operar uma renovação das organizações de saúde. (LAZARINI; SODRÉ, 2016). Relacionada a essa questão, inquiriu-se também sobre o tempo decorrido desde a última formação profissional, seja curso, especialização e/ou outro.

Gráfico 11: Tempo decorrido da última atualização



Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

Os profissionais que realizaram sua última formação a mais de três anos, somados, simbolizam 51% do total, destaca-se ainda que muitos mantêm como referência de atualização sua formação nuclear, ou seja, a graduação ou o curso técnico, logo, denota-se grande vulnerabilidade na área de formação permanente. Na área da saúde, a evolução de conceitos e práticas é constante e rápida, os conhecimentos basilares precisam ser constantemente aprimorados, sob pena de não estarmos mais capacitados para atuar em saúde.

Manter os funcionários motivados, com a possibilidade de crescimento profissional vinculado a formação é muito importante. Destaca-se aqui a necessidade de viabilizar iniciativas de formação profissional capazes de problematizar o agir dos trabalhadores de saúde e promover reflexão sobre esse agir. A insistência na manutenção de práticas tradicionais, ancoradas na imposição de normas e saberes, desenvolvendo iniciativas de formação voltadas a atender interesses políticos e econômicos, de forma unilateral, sem diálogo e sem uma leitura crítica e reflexiva da realidade já não cabe mais nos dias de hoje. (LAZARINI; SODRÉ, 2016).

Aqui é possível fazer um paralelo com a pesquisa de Alves Filho e Borges (2014), pois, uma vez que os profissionais de saúde não acreditam que seus esforços serão valorizados, investir em qualificações e em formações pode parecer perda de tempo, todavia, a educação permanente, em todas as áreas, mas especialmente em

saúde, é essencial, pois tanto as doenças quanto os tratamentos estão em acelerada evolução, além do que, é por meio das formações que é possível repensar condutas, melhorar os atendimentos e construir uma relação positiva entre toda a equipe.

Para a sequência da pesquisa, questionou-se: Você acredita que a Educação permanente serve como caminho para a humanização em saúde? 145 profissionais afirmaram que sim, 1 respondeu que não e 9 optaram por não responder, assim foi solicitado que os respondentes explicassem suas respostas. Na parte deste estudo que traz o detalhamento por instituição estão expostas as principais respostas.

Aqui é relevante destacar que, ao tratar das políticas públicas de saúde relacionadas ao fator da humanização, o que se busca é a mudança dos padrões de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, aceitando que existe uma grande necessidade de possibilitar novas e melhores relações entre os usuários/pacientes, profissionais de saúde e destes entre si, sem tirar a importância da questão clínica, mas visando uma atuação que valorize a dimensão concreta das práticas de saúde, de humanização e transformando os modelos já ultrapassados. (PEREIRA; BARROS, 2009).

Dando continuidade ao inquérito, a questão seguinte versava: Você já estudou ou teve contato com o tema humanização em saúde nos cursos ou atualizações que participou? 113 profissionais disseram que sim, 29 afirmaram não ter tido nenhum contato com o tema e 13 optaram por não responder. Os principais conceitos levantados pelos respondentes estão expostos nas análises individuais por instituição.

Para que a humanização nos serviços de saúde seja possível, é necessário que os profissionais envolvidos tenham contato com o tema, saibam o que significa e como colocá-la em prática. Humanizar em saúde significa criar espaços legítimos de fala e escuta, pois na relação entre o profissional de saúde e o paciente, a escuta não é só um ato generoso e de boa vontade, mas um recurso técnico para o diagnóstico e adesão terapêutica, nesse sentido, também estamos falando de espaços que servem de base para o exercício da gestão participativa e da transdisciplinaridade. (RIOS, 2009).

Questionou-se então se na Instituição de Saúde em que atuam, existe algum programa de educação permanente. Entre os respondentes, 112 disseram que existem programas de educação permanente na instituição em que trabalham e 43

afirmaram não existir. Os principais programas elencados pelos profissionais estão listados na parte da análise individual por instituição.

Neste cenário, podemos observar que 27,74% dos respondentes desconhecem ou não tiveram contato com tais programas ou projetos institucionais de educação permanente, o que demonstra a importância de universalizar, dentro destas casas de saúde, a divulgação e o entendimento da máxima importância da educação permanente por meio de um setor responsável por tal feito, bem como um projeto de execução claro e bem estabelecido, com cronograma, agenda temporal e temáticas a serem abordadas, responsáveis qualificados para tal, além de, quiçá, estabelecer uma parceria sólida entre as diferentes esferas de governo e centros educacionais privados e públicos da região, propiciando acesso com bolsas, parcerias público/privado garantindo acesso a especializações, MBA, mestrados e doutorados aos profissionais vinculados a estas instituições de saúde.

Nesse sentido, os gestores das instituições foram inquiridos sobre a real existência (ou não) de programa de educação permanente nas instituições. O Hospital Santa Teresinha afirmou que existe programa de educação permanente, porém salientou que não há um cronograma definido, apenas registro em ata quando alguma ação é realizada. O HSA também afirmou a existência de programa com esse fim, porém não passou mais informações sobre como isso se efetiva. A UPA, sendo uma instituição nova, destacou que o tema está em estudo, porém ainda não há nenhum programa em funcionamento. Por fim, o Hospital Pio XII afirmou existir programa de educação permanente, porém não passou maiores informações a respeito.

A questão seguinte foi: Você acredita que, na Instituição de Saúde em que atua, a educação permanente e a humanização trazem algum diferencial nos resultados em saúde? 151 profissionais responderam que sim e 4 que não, todavia, ao serem inquiridos sobre quais eram esses diferenciais, 36 participantes optaram por não responder.

Um atendimento humanizado em saúde tem como diferencial, entre outras coisas, uma equipe bem treinada, que saiba responder precisamente às dúvidas do paciente, que passe tranquilidade, organização, cumplicidade e carisma. (BITENCOURT, 2016)

A educação permanente e a humanização dos atendimentos passam, também, pela capacidade de comunicação dos profissionais de saúde, ela, inclusive, é apontada como um dos grandes desafios do cenário da saúde, o que vem reforçar a

relevância de espaços democráticos de diálogo com os territórios, apostando na construção coletiva como objetivo maior. Nesse sentido, a comunicação em saúde não se limita à produção de informações, mas visa a construção de uma rede colaborativa, capaz de mobilizar todos os atores envolvidos. (TOCANTINS, 2021).

A questão seguinte do questionário versava: Você já ouviu falar no termo cogestão nas práticas de saúde? 93 (60%) respondentes assinalaram que sim, 60 (38,71%) destacaram que desconheciam o termo e 2 (1,29%) optaram por não responder. Ao serem inquiridos sobre o que entendiam por cogestão, entre os 60 profissionais de saúde que afirmaram desconhecer o termo, 29 responderam à questão, o que pode demonstrar que o questionário despertou o interesse/curiosidade desses profissionais, levando-os a buscarem/pesquisarem por respostas para essa questão. As principais respostas estão destacadas na análise individual por instituição.

Ainda sobre essa questão, salienta-se que 9 respondentes acabaram se confundindo o termo cogestão com congestão, pois citaram que entendiam que o termo se relacionava a algo que “não flui, cheio”, o que leva a crer que houve uma falha de entendimento por parte desses respondentes.

Aqui cabe destacar a importância deste resultado para uma análise mais aprofundada acerca deste termo, uma vez que 38,71% dos profissionais de saúde não ouviram falar ou desconhecem completamente o conceito. Logo, evidencia-se a necessidade urgente de ampliar o debate dentro das instituições de saúde sobre este tema, pois a cogestão é a corresponsabilização em todas as etapas e processos de cuidado da saúde para com o paciente. Embora não haja essa percepção, também envolve cogерir e se corresponsabilizar para com as questões administrativas e financeiras destas casas de saúde, seja no âmbito de ferramentas e fórmulas para buscar recursos, bem como no racionamento e otimização na utilização de materiais, insumos farmacêuticos e outros equipamentos utilizados no processo de cuidado da saúde, além dos gastos fixos e variáveis. Ou seja:

A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde. Para a realização dos objetivos da saúde (produzir saúde; garantir a realização profissional e pessoal dos trabalhadores; reproduzir o SUS como política democrática e solidária) é necessário incluir trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde em um pacto de corresponsabilidade. (BRASIL, 2009, p. 10-11).

Trata-se de reconhecer que não existe uma combinação ideal, mas que é no exercício do próprio fazer da cogestão que os contratos e compromissos entre os indivíduos envolvidos com o sistema de saúde vão sendo construídos. (BRASIL, 2009).

Complementando essa questão, questionou-se: Para você, qual o sentido da educação permanente na área da saúde? 21 profissionais escolheram não responder esse questão. Evidencia-se o entendimento de que esse *“É um tema extremamente necessário, pois a cada semana surgem portarias novas, normativas, protocolos, estudos e descobertas de tratamento e nós profissionais devemos estar em uma constante busca de conhecimento e aperfeiçoamento.”* (Enfermeiro/a).

Falar em educação permanente na área da saúde é falar em construção constante, em busca constante por atualização e por entender a relevância do fazer coletivo no trabalho, pois este é um desafio também permanente, uma vez que é preciso considerar o vínculo, o pertencimento e as relações de saber-poder-afeto instituídas no ambiente de trabalho, para iniciar esse processo é preciso buscar perceber como os colaboradores entendem e constituem seu fazer, considerando que os modos de gestão produzem subjetividade. (TOCANTINS, 2021).

Questionou-se então: Em sua experiência, como se dá o processo de conhecimento específico dos profissionais de saúde? 25 respondentes optaram por não responder. As principais respostas estão em destaque na análise individual por instituição, todavia, salienta-se o apontamento de que: *“a graduação é fraca, não prepara muitas vezes para o mercado de trabalho”* (Enfermeiro/a); *“Para se desenvolver os profissionais precisam buscar cursos complementares.”* (Gestor/a). Os pontos mais evidenciados pelos profissionais foram a prática diária e a formação nuclear (técnica ou graduação). Mesmo pensando em conhecimento específico, como aquele proveniente dos cursos específicos, é preciso considerar todo universo englobado por essa questão.

A formação dos profissionais de saúde que atuam nesse sistema [SUS], que teve no decorrer dos anos várias estratégias de operacionalização [...] tem suscitado sempre grandes discussões. Algumas estratégias importantes para a reorganização e a humanização do sistema foram implantadas. Entre elas, a Estratégia Saúde da Família, a Política Nacional de Humanização, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), entre outras. (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 885-886).

Nesse sentido, é relevante manter vivo o debate sobre as estratégias para a reorganização e a humanização do sistema de saúde. A Estratégia Saúde da Família

(ESF), sem dúvida, foi um divisor importantíssimo na saúde pública. No período que antecedeu a ESF o cuidado e o atendimento eram centrados apenas no médico e nas Unidades Básicas de saúde (UBS), após o surgimento da ESF, ele é realizado em grande parte por uma equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, dentista, agente de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, dentro das comunidades e nas famílias. Essa descentralização é muito mais efetiva e humanizada, trazendo resultados significativos no processo de cuidado para com o paciente e o restabelecimento da saúde.

A importância dos conhecimentos advindos da prática diária é inegável, mas não se pode dispensar os treinamentos, qualificações e formações permanentes, pois estas são capazes de produzir mudanças positivas no desempenho das pessoas. (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Os profissionais de saúde foram questionados sobre quais programas que possibilitam a educação permanente na área de saúde eles conhecem, 37 afirmaram não conhecer nenhum programa e 26 optaram por não responder, entre os programas evidenciados pelos 92 profissionais que responderam à questão estão o PNEPS; o programa Saúde da família; programa de vacinação, entre outros.

A questão final foi a seguinte: Em seu trabalho cotidiano, você considera que possui cogestão nas práticas de saúde? 115 respondentes afirmaram possuir cogestão em suas práticas de saúde, dado que não condiz com o fato de 60 profissionais terem afirmado, na resposta da questão anterior, desconhecer o termo cogestão. Outros 14 profissionais disseram não possuir cogestão em suas práticas de saúde, 23 não responderam e 3 assinalaram a opção não posso opinar.

A cogestão pressupõe a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão, para que esta não seja mais exercida apenas por poucos ou alguns, mas sim por um conjunto mais ampliado de sujeitos, dessa forma, recompõe-se as funções da gestão, incluindo tarefas como:

- Analisar a instituição, produzir analisadores sociais – efeitos da ação político-institucional que trazem em si a perturbação, germe necessário para a produção de mudanças nas organizações. Assim, a gestão é concebida como um importante espaço para a problematização dos modelos de operar e agir institucional;
- Formular projetos, que implica abrir-se à disputa entre sujeitos e grupos, os quais disputam os modos de operar e os rumos da organização. Dessa forma, a gestão é também um espaço de criação;
- Constituir-se como espaço de tomada de decisão, portanto lugar substantivo de poder, entendido como capacidade de realização, força positiva, criadora;
- Ser um espaço pedagógico, lugar de aprender e de ensinar; espaço de aculturação, de produção e socialização de conhecimentos. (BRASIL, 2009, p. 24-25).

Nesse viés, a cogestão assinala para a experimentação da gestão em um duplo movimento: a adição de novas funções e a adição de novos sujeitos. (BRASIL, 2009).

A análise global apresentou um cenário das instituições de saúde da região, contribuindo para a compreensão de questões relacionadas a humanização dos atendimentos e formação permanente pela visão dos profissionais de saúde. Partimos agora para a apresentação dos dados individuais de cada instituição de saúde, assim como o histórico dessas instituições.

7.2 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) começou a funcionar em 15 de março de 2021, localizada no município de Frederico Westphalen/RS, teve sua construção iniciada no ano de 2009, por meio de recursos federais. Com atendimento 24h, sua inauguração foi otimizada durante a pandemia da COVID-19, sendo uma maneira de desafogar o trabalho e o atendimento do Hospital Divina Providência (HDP). (PIOVESAN, 2021).

Cabe destacar que a efetivação da UPA foi um processo longo, aprovada no ano de 2009, com uma previsão de custo médio de mais de dois milhões de reais, que seriam divididos entre os governos federal, estadual, municipal e Ministério da Saúde, a obra teve início ainda em 2009, sendo concluída em 2012. Contudo, a inauguração da UPA foi sendo postergada, dadas irregularidades em sua estrutura física. (BUZANELO *et al.*, 2016).

Figura 05: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Frederico Westphalen



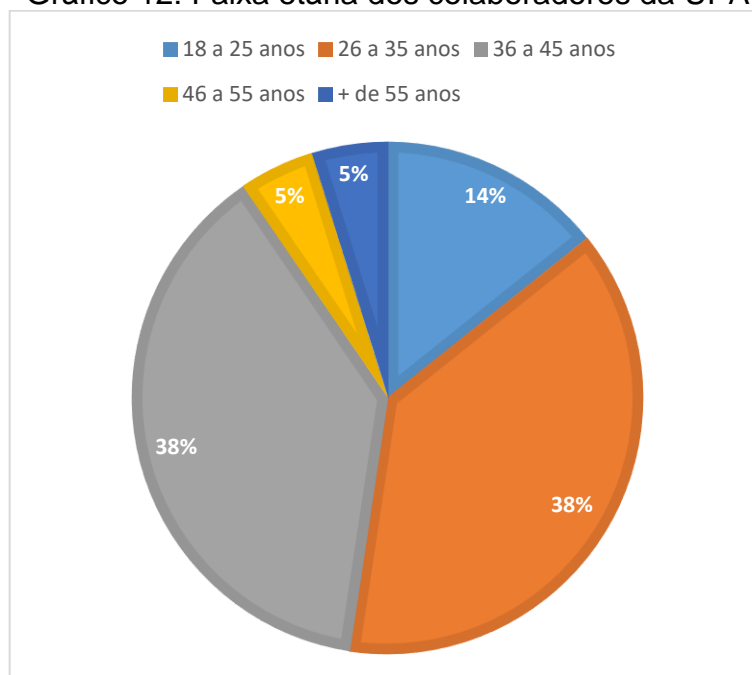
Fonte: Piovesan (2021) Foto O Alto Uruguai

Sendo inaugurada em 2021, atualmente a UPA é considerada uma referência em urgência e emergência, após os primeiros 365 dias de atendimentos, mais de 40 mil pacientes já passaram pela instituição, que oferece serviços como aferições arteriais, radiografias, eletrocardiogramas, procedimentos ortopédicos e curativos, entre outros. (FREDERICO WESTPHALEN, 2022).

A UPA possui um total de 44 colaboradores, compreendendo gestores, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos, a pesquisa tinha por objetivo abarcar 30% desse universo, ou seja, em torno de 13 colaboradores. Nesse viés, conseguimos respostas de um total de 21 colaboradores da instituição, constituindo um universo de pesquisa pertinente.

Destes respondentes, 3 são do sexo masculino e 18 do sexo feminino. Na parte inicial do questionário, visando coletar dados sociodemográficos, questionou-se sobre a faixa etária dos colaboradores participantes da pesquisa, obtendo-se uma ampla variação, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 12: Faixa etária dos colaboradores da UPA



Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

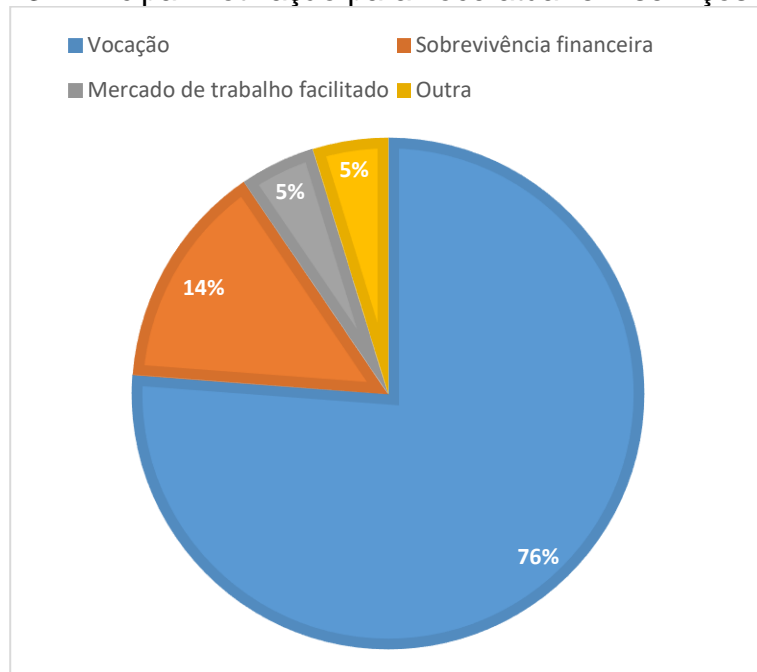
Destaca-se que a Instituição está em funcionamento a pouco tempo e ainda construindo seu quadro de funcionários, todavia, considerando os profissionais atuando no momento dessa pesquisa, sejam os que buscaram a instituição ou os que foram convidados a trabalhar, 90% dos profissionais de saúde possuem entre 18 e 45 anos, nesse viés, considerando faixa etária dos colaboradores, as chances de construir projetos voltados a cogestão, horizontalização e perspectivas humanizadoras são muito grandes.

Esse fator é relacionado a proximidade que esses funcionários ainda podem ter com as instituições de Ensino Superior, por meio da qual seria possível a implantação de grupos de estudo e parcerias com as universidades regionais, buscando uma educação permanente e continuada. Essa atitude possibilitaria a construção de um projeto sólido e responsável dentro da Instituição, pontuando e valorizando os profissionais que buscassem aprimorar e desenvolver mais seus conhecimentos específicos.

Na sequência, questionou-se sobre o tempo de atuação profissional em Serviços de Saúde nesta Instituição, resposta que foi condicionada ao período de abertura da UPA, que teve sua inauguração no ano de 2021, logo, todos os respondentes possuem, em média 1 ano de atuação na instituição. Sobre a principal motivação para atuarem em serviços de saúde, predominou a escolha da opção

vocação (76%), seguida de necessidade de sobrevivência financeira (14%), mercado de trabalho facilitado (5%) e outra (5%), a qual foi especificada como motivo político, conforme pode ser mais bem visualizado no Gráfico 13.

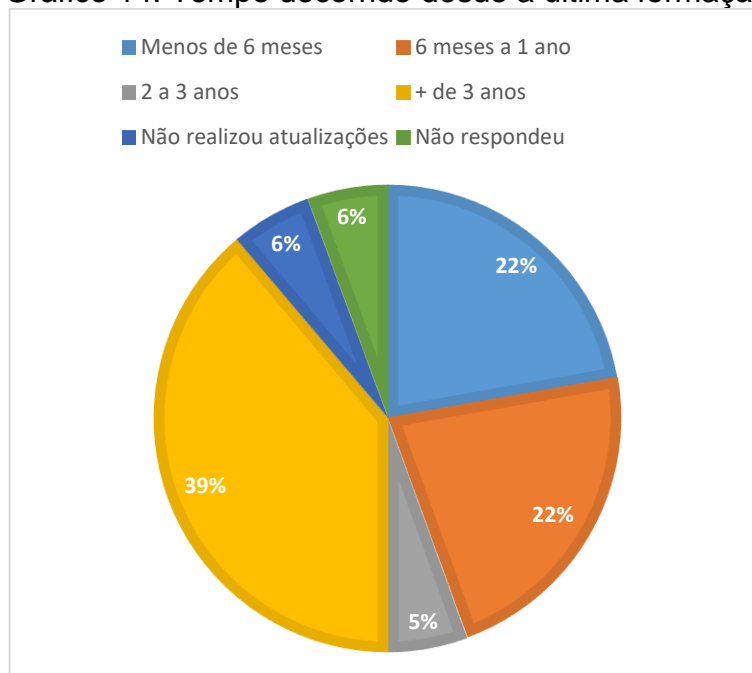
Gráfico 13: Principal motivação para você atuar em serviços de saúde



Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

Quanto a formação, entre os respondentes há 5 indivíduos com graduação em Enfermagem; 1 com graduação em Farmácia bioquímica clínica e com especialização em Oncologia e em Prescrição farmacêutica e farmácia clínica; 1 com graduação em Direito (Gestor) e; 1 com graduação em Pedagogia; 12 participantes possuem curso técnico em Enfermagem e 1 possui curso Técnico em Enfermagem e em Instrumentação cirúrgica. Quanto tempo decorrido desde a última formação concluída, temos os dados apresentados no gráfico a seguir:

Gráfico 14: Tempo decorrido desde a última formação



Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

A pesquisa nos mostra que a maioria dos respondentes (39%) participou da última formação há mais de 3 anos, logo, bem antes de ingressar na atual instituição de saúde, uma vez que a UPA está em funcionamento a um pouco mais de um ano. A educação permanente é uma prática de ensino-aprendizagem que valoriza e enfoca as situações e os processos do ambiente e contexto de trabalho.

Para a aprendizagem dentro do contexto de educação permanente são realizadas problematizações de processos de trabalho. A partir deste entendimento, é possível constituir novos saberes entre os profissionais dentro das instituições de saúde. Nesse mecanismo, a produção de conhecimento se dá também no cotidiano das instituições e considera as questões do trabalho como uma das temáticas principais, tendo como eixo o ensino problematizador.

A educação permanente dialoga constantemente com a educação continuada, podemos dizer que não existe uma sem outra, pois entender, no dia a dia, os processos do trabalho institucional, bem como seus protocolos e desafios é indispensável, mas buscar novas qualificações, formações e entendimentos curriculares modernos é significativamente importante.

Quando questionados sobre a última formação profissional realizada, 10 participantes relataram ter participado de Formação nuclear, profissional, 4 citaram

cursos e treinamentos, 4 elencaram as pós-graduações, 2 a Especialização e 1 citou estar cursando a Graduação.

As questões seguintes, tinham como propósito obter informações acerca do conhecimento dos participantes sobre a educação permanente, questionou-se: Você acredita que a educação permanente serve como caminho para a humanização em saúde? Dentre os participantes da pesquisa, 20 respondentes disseram que sim e apenas 1 assinalou a opção não. A questão ainda pedia uma justificativa para o posicionamento anterior. Entre as respostas obtidas, os profissionais salientaram a relevância da humanização e do cuidado, como pode ser visto nas falas a seguir:

É na educação permanente que podemos adquirir aprendizado e compromisso coletivo. É no cotidiano que aprendemos a acolher, ouvir e cuidar. É uma mudança contínua, permanente, de constante aprendizado e atualização profissional que tem por finalidade melhorar a qualidade de atendimento. (Enfermeiro/a).

Tem como objetivo a transformação do processo de trabalho orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso dos serviços de saúde. (Enfermeiro/a)

Os profissionais de saúde também assinalaram a relevância das políticas de educação permanente e sua estreita ligação com a necessária transformação do processo de trabalho. Muitos relacionaram a educação como uma riqueza e herança que pode ser passada/deixada para os outros.

Mesmo com 95% dos participantes respondendo positivamente, afirmando que acreditam que a educação permanente serve como caminho para a humanização em saúde, fica claro que se necessita ampliar o diálogo dentro da instituição entre todos os atores participantes deste processo, bem como estabelecer um projeto institucional prático de educação permanente e que este dialogue com a educação continuada.

Na sequência foram questionados se já haviam estudado ou se já tiveram contato com o tema humanização em saúde nos cursos ou atualizações das quais participaram. As respostas ficaram bem divididas, 11 respondentes destacaram já ter contato com o tema e 10 afirmaram não ter. Quanto a descrição desse contato, os profissionais apontaram que o tema estava presente na grade curricular dos cursos e especializações, especialmente tratando do atendimento aos pacientes, do acolhimento, das formas de tratar e de ser humano.

Nesse item, em particular, vimos com preocupação a resposta de 45% dos respondentes, os quais afirmam não ter havido contato com o termo humanização em saúde nos cursos, atualizações ou mesmo formação nuclear. Em nosso

entendimento, é bastante preocupante, pois nos permite acreditar que o entendimento de humanização venha apenas da construção de seu desenvolvimento como ser humano, a partir de seu núcleo familiar ou social. O ideal seria o contato com o termo e as práticas humanizadoras em todos os campos da vida, ou seja, núcleo familiar, social, de educação continuada (formação) e no trabalho institucional para que o sujeito (paciente) em qualquer uma das etapas e processos obtenha os melhores resultados ao final do atendimento em saúde.

A questão seguinte indagava se, na Instituição de Saúde em que atuam, existe algum programa de educação permanente. Entre os respondentes 7 disseram que sim e 14 afirmaram não existir nenhum programa de educação permanente. Dentre os que asseguraram a existência de formações ofertadas pela instituição, foram citados o Programa de capacitação de RH-UPA e cursos específicos.

Aqui fica evidente que se existe algum programa de educação permanente na instituição, ele não é de conhecimento de todos, pois mais de 60% afirmaram não existir. A educação permanente, bem como a humanização são exercícios cotidianos, quando eles ficam em segundo plano ou deixados de lado, o mecanicismo e a frieza do contato acabam se sobressaindo.

A questão seguinte era: Você acredita que, na Instituição de Saúde em que atua, a educação permanente e a humanização trazem algum diferencial nos resultados em saúde? Nessa questão, em especial, todos responderam que sim. Dessa forma, questionou-se sobre quais são os diferenciais:

Quanto maior o conhecimento, maior a possibilidade de fazermos um bom trabalho. O conhecimento é essencial para podermos atender bem. (Técnico/a)

Sim, crescemos com a cultura e a empatia, realizar educação permanente e humanização nos faz profissionais mais comprometidos nos propósitos de vida. (Enfermeiro/a)

Cuidados para com o próximo e humanização. (Técnico/a)

Usuários mais satisfeitos, credibilidade em nossos serviços. (Farmacêutico/a)

Mais compromisso com nossos usuários. (Farmacêutico/a)

Se o paciente é bem tratado e acolhido, e está debilitado ou com algum problema os profissionais da saúde estão ali para fazer com que fique melhor e isso faz a diferença, o amor e o carinho com o ser humano. (Enfermeiro/a)

A atenção a gestão e a participação para que o trabalho em saúde seja lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. (Enfermeiro/a)

As respostas marcam o quanto os profissionais de saúde relacionam a educação permanente com o processo de humanização dos atendimentos,

considerando que o maior conhecimento os leva a estarem capacitados para melhor atender aos usuários do sistema de saúde e suas necessidades.

Sobre o tema da cogestão nas práticas de saúde, 9 respondentes afirmaram saber do que se tratava e outros 12 disseram desconhecer o tema, ainda assim, ao serem questionados sobre o que entendem por cogestão a maioria respondeu, mostrando que muitos foram buscar pelo tema, incentivados pela pesquisa.

O termo cogestão para muitos participantes da pesquisa pareceu ser novo ou desconhecido, 55% dos participantes desconhecem o tema e, ao que tudo indica, muitos buscaram saber o que o termo significava por meio de pesquisa, pois apresentaram o conceito ou o seu entendimento usando os mesmos termos linguísticos.

A Cogestão é enxergada como um tipo de estratégia ou prática administrativa empresarial, consiste em responsabilizar ou corresponsabilizar os colaboradores, para que todos possam decidir ou participar da decisão sobre assuntos relacionados à gestão ou à direção da Instituição.

A cogestão, ao contrário da verticalização, aproxima mais as pessoas e os resultados do ideal, é um pressuposto da humanização, valoriza mais os participantes deste processo (*empowerment*) com uma atuação mais horizontal e, para que ele aconteça, é necessário um diálogo consistente entre a educação permanente e a educação continuada.

Ainda, na perspectiva da cogestão, cabe destacá-la como uma tarefa coletiva, a qual possibilita alterações nas relações de poder instituídas, visando a democracia dentro das instituições. Esse processo influi na produção de subjetividade, proporcionando a construção de um espaço democrático e sempre em movimento. (CAMPOS, 2013). Entre os retornos sobre a compreensão de cogestão na atual pesquisa, destacamos os seguintes entendimentos:

Compartilhamento de poder, estímulo de equipes de trabalho com objetivos comuns.
(Enfermeiro/a)

Trabalho realizado pela administração onde os funcionários têm poder de participar.
(Gestor/a)

Um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo. (Enfermeiro/a)

Ação ou gestão realizada por profissionais no qual os colaboradores auxiliam na tomada de decisões, participando ativamente. (Enfermeiro/a)

Sobre o sentido da educação permanente para a área da saúde, os entrevistados entendem que pode proporcionar *“Uma boa harmonia da equipe e assim um cuidado maior ao paciente.”* (Técnico/a). Assim como destacam que *“Todo conhecimento que os profissionais da saúde possuem facilita seu trabalho e o seu resultado tende a ser o melhor possível.”* (Enfermeiro/a) As situações cotidianas também foram apontadas, considerando que é a formação e o aprimoramento constante que possibilitarão saber como agir em cada situação, sobre isso, destaca-se a seguinte fala: *“Objetivo de transformar o processo de trabalho, orientar para melhoria da qualidade e serviço com cuidado de acesso aos serviços de saúde. Refletir sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado.”* (Enfermeiro/a)

Ao serem questionados sobre como se dá o processo de conhecimento específico dos profissionais de saúde em sua experiência, os profissionais participantes da pesquisa apontaram os cursos, palestras, estudos e a própria prática, um dos respondentes assinalou que *“o profissional deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, proteção e cuidado, atenção e reabilitação da saúde em nível individual quanto coletivo”* (Enfermeiro/a), porém sem evidenciar como o profissional se qualifica para isso.

Na sequência foi apresentada a seguinte questão: Você conhece programas que possibilitam a educação permanente na área de saúde? 12 participantes disseram não conhecer e 9 assinalaram a opção sim, listando o Programa do SUS, cursos online, teóricos e práticos, como os cursos de Noções Básicas em Atendimento pré-hospitalar (APH) e curso de Suporte Básico de Vida (BLS).

Percebe-se que 55% dos respondentes não associaram, não entenderam ou de fato desconhecem programas específicos ou mesmo coletivos que possibilitam a educação permanente, aqui nos acena um sinal de alerta, pois os programas existem dentro do SUS, de forma integrada ou não com as Instituições públicas via sistema remoto, via satélite ou mesmo *internet* junto ao site do Ministério da Saúde, ainda existe a possibilidade de extensão junto a Secretarias municipais de saúde, coordenadorias regionais de saúde, universidades regionais e à distância.

A questão final tratava sobre o trabalho cotidiano dos respondentes, indagando se consideram que possuem cogestão nas práticas de saúde e qual consideram ser a importância da gestão para a organização das instituições de saúde. Nesse viés, destacam-se as seguintes respostas:

A importância se dá a melhor convivência aos colegas mantendo uma comunicação e bem-estar com qualidade e profissionalismo. (Enfermeiro/a)

É a garantia de que todo o processo dentro dos estabelecimentos funcione de forma eficaz. (Técnico/a)

Sim, necessária para melhoramento do fluxo; organização e direcionamento; serviço de qualidade; produtividade. (Técnico/a)

Sim, porque geralmente quando vemos um imprevisto trocamos ideias e agimos em comum acordo com supervisores, chefia, partilhamos resultados e melhoras, sugestões do dia a dia. (Enfermeiro/a)

Acho que sim está melhorando muito a unidade onde fui acolhida e tem só a melhorar acredito que logo estaremos nos permitindo aprender todos os dias e que a gestão que assumiu sabe o que é necessário para cada vez nos tornarmos melhores desde o acolhimento até a despedida do paciente da unidade dando a assistência e que ele saia melhor do que entrou com o atendimento merecido. (Enfermeiro/a)

Ao mesmo tempo que demonstram perceber que a cogestão é importante e precisa ser mais praticada, os respondentes a veem como uma forma de superar os obstáculos e as questões que surgem no dia a dia do trabalho.

Na seção seguinte iremos abordar os resultados encontradas na instituição de saúde Hospital Santo Antônio (HSA), do município de Tenente Portela/RS.

7.3. Hospital Santo Antônio (HSA)

O Hospital Santo Antônio (HSA), localizado no município de Tenente Portela/RS, possui 66 anos de história, oferecendo atendimento pelo SUS a 60 municípios, sendo referência para casos de alta e média complexidade. A instituição tem como missão “Promover a saúde da população regional, com eficácia, inovação, e humanização, primando pela excelência”, já a visão do HSA prima por “Ser na sua região de abrangência a opção preferencial em soluções de saúde, qualificada e inovadora, com elevado grau de comprometimento, de forma autossustentável.” (HSA, 2016, s/p).

De acordo com informações recebidas do setor de Recursos Humanos da Associação Hospitalar Beneficente Santo Antônio⁴, o HSA foi fundado em 14 de setembro de 1947 pela comunidade local, por 40 anos esteve sob a direção da Congregação das Irmãs Filhas do Sagrado Coração de Jesus. No ano de 2007, as

⁴ O site do HSA está sendo reformulado, por isso essas informações não estão disponíveis online, dessa forma, solicitamos os dados via e-mail.

irmãs devolveram o Hospital para a comunidade portelense, mediante doação do patrimônio hospitalar para a Associação Hospitalar Beneficente Santo Antônio (fundada para tal fim em 11 de janeiro de 2007), da qual participam membros da comunidade local e dos municípios que compõem a microrregião de Tenente Portela/RS, tendo como primeira presidente eleita a Sra. Mirna Teresinha Kinsel Braucks. A referida instituição é, hoje, uma das maiores referências em saúde do interior do Estado do Rio Grande do Sul, conta com 18 especialidades médicas e com equipe qualificada de 545 funcionários, além do completo serviço de diagnóstico por imagem e laboratório de análises clínicas, consolida-se como um grande Hospital Regional.

Figura 06: Hospital Santo Antônio (HSA) de Tenente Portela



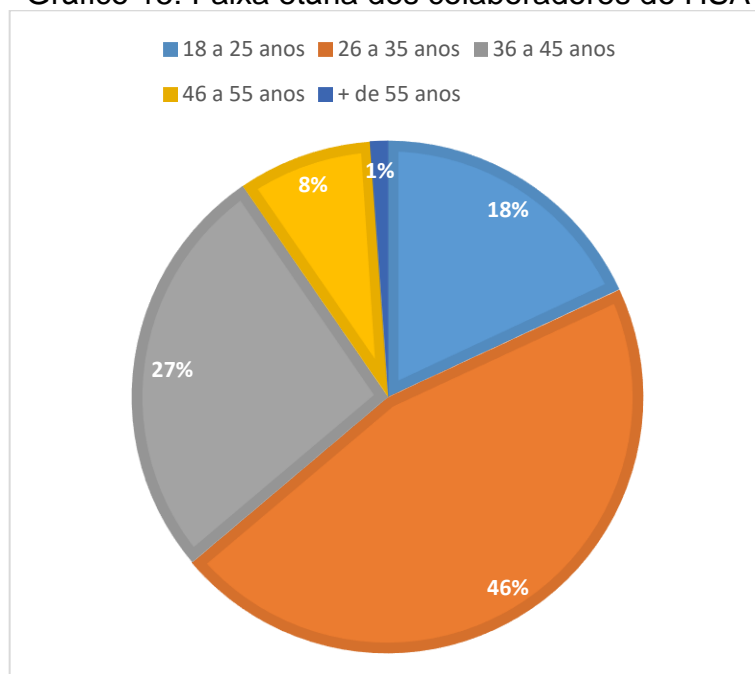
Fonte: HSA (2016)

Como destacado acima, o HSA possui um total de 545 colaboradores, dos quais 300 compreendem gestores, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos, a pesquisa tinha por objetivo abarcar 30% desse universo, ou seja, algo em torno de 90 colaboradores. Salienta-se que todos os profissionais (gestores, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos) foram convidados a participar da pesquisa, conseguimos respostas de um total de 96 colaboradores da instituição, constituindo um universo de pesquisa pertinente.

Destes respondentes, 9 são do sexo masculino e 87 do sexo feminino, aqui já é possível demarcar uma predominância (também vista entre os colaboradores da UPA) de mulheres atuando nos atendimentos de saúde. Na parte inicial do questionário, visando coletar dados sociodemográficos, questionou-se sobre a faixa

etária dos colaboradores participantes da pesquisa, obtendo-se uma ampla variação, conforme gráfico a seguir:

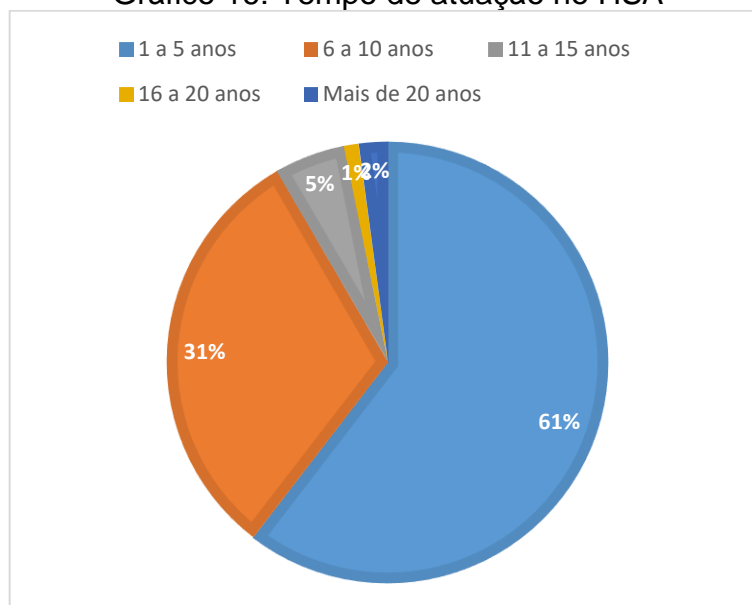
Gráfico 15: Faixa etária dos colaboradores do HSA



Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

Na sequência, questionou-se sobre o tempo de atuação profissional em Serviços de Saúde nesta Instituição, a maioria dos respondentes (61%) possuem entre 1 e 5 anos de atuação, 31% possuem entre 6 e 10 anos, 5% dos colaboradores estão na instituição entre 11 a 15 anos, 1% entre 16 a 20 anos e apenas 2% participantes estão atuando no hospital a mais de 20 anos.

Gráfico 16: Tempo de atuação no HSA



Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

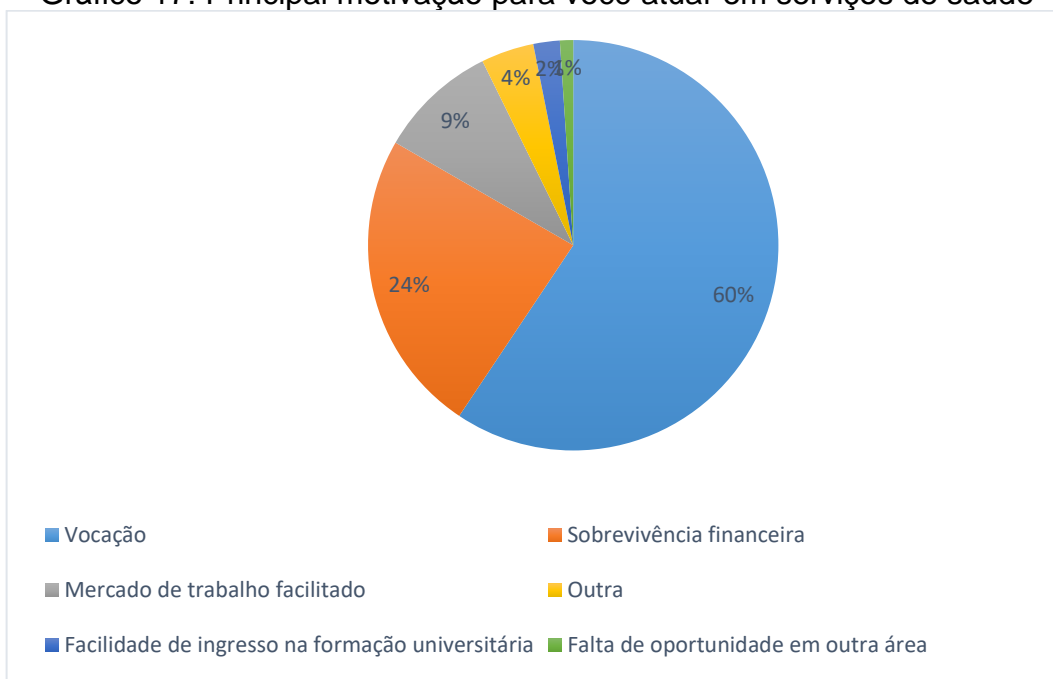
Percebe-se que apesar da longa história da instituição, que possui 66 anos de existência, existe uma alta rotatividade de funcionários, uma vez que entre os respondentes, apenas dois estão trabalhando no hospital a mais de 20 anos, a grande maioria possui entre 1 e 5 anos de atuação. Quando questionados se o HSA é uma instituição pública ou privada, percebeu-se o desconhecimento dos respondentes acerca do próprio local de trabalho, 33 colaboradores apontaram que a instituição é pública, 35 que é pública/privada, 7 responderam ser privada e 21 respondentes alegaram que se trata de uma instituição Filantrópica.

O HSA é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativo, dessa forma oferece 80% de todos os atendimentos realizados para pacientes usuários do SUS⁵.

Sobre a principal motivação para você atuar em serviços de saúde, predominou a escolha da opção vocação (60%), seguida de necessidade de sobrevivência financeira (24%), mercado de trabalho facilitado (9%), facilidade de ingresso na formação universitária (2%), falta de oportunidade em outra área (1%) e outra (4%).

⁵ De acordo com informações recebidas do setor de Recursos Humanos da Associação Hospitalar Beneficente Santo Antônio

Gráfico 17: Principal motivação para você atuar em serviços de saúde



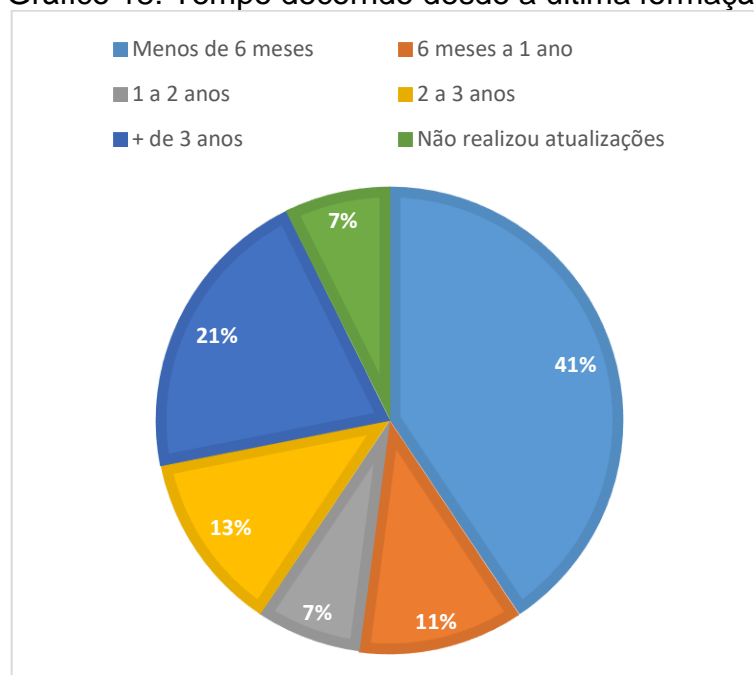
Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

Dentre os 4 respondentes que apontaram a op o outra, um n o discriminou o motivo, os outros tr s alegaram: “*Atendi a um chamado da administra o*”; “*Gosto de ajudar as pessoas*”; “*Presidente volunt ria desde 2007.*”

Quanto a forma o, entre os respondentes, 69 profissionais possuem Ensino M dio/T cnico, 11 possuem Gradua o, 13 fizeram Especializa o e 3 deles possuem Mestrado. Detalhadamente, h  entre os respondentes 68 T cnicos em Enfermagem, 1 T cnico em Contabilidade (Gestor), 6 colaboradores com gradua o em Enfermagem, 4 com gradua o em Farm cia, 1 com Gradua o em Ci ncias Cont beis, 7 com Especializa o em Enfermagem, 1 com Especializa o em Nutri o, 3 com Especializa o em T cnicas de Enfermagem, 1 com Especializa o em Administra o hospitalar e 3 com Mestrado em Enfermagem. Salienta-se aqui que um mesmo profissional acumula mais que uma dessas forma es.

Quanto tempo decorrido desde a  ltima forma o concluída, temos os dados apresentados no gr fico a seguir:

Gráfico 18: Tempo decorrido desde a última formação



Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

Percebe-se que a maioria dos respondentes (41%) participou da última formação a menos de 6 meses, 21% a mais de 3 anos, 13% entre 2 e 3 anos, 11% de 6 meses a 1 ano, 7% entre 1 e 2 anos e outros 7% não realizaram formações. Quando questionados sobre a última formação profissional realizada, 5 respondentes informaram ser a especialização, 42 relataram ter participado de cursos e treinamentos, 1 profissional especificou ter participado do curso Tecnólogo Segurança do trabalho, 32 falaram sobre a formação nuclear e profissional, 7 sobre a pós-graduação, 1 sobre o MBA.

Chegando à parte do questionário que visa ter informações acerca do conhecimento dos participantes sobre a educação permanente, questionou-se: Você acredita que a educação permanente serve como caminho para a humanização em saúde? 92 respondentes disseram que sim e 4 preferiram não responder. A questão ainda pedia uma justificativa para o posicionamento anterior, entre as respostas os profissionais salientaram relevância da humanização e do cuidado, como pode ser visto nas falas a seguir:

Sim, porém não há formas de humanizar o humano, humanização tem a ver com empatia, "sororidade", política de saúde, então a educação seria para instrumentalizar para isso. (Técnico/a)

Eu acredito que sim, pois temos que estar sempre buscando novos conhecimentos e estar sempre se atualizando para a segurança e conforto de nosso paciente. (Técnico/a)

Sim, acredito, pois, a correria do dia a dia, a rotina dos profissionais de saúde torna o atendimento automático e com a educação permanente com vários temas abordados paramos para pensar e agir de forma diferente. (Enfermeiro/a)

Sim porque acredito que quando a equipe está em constante processo educativo, consegue aprimorar os conhecimentos e otimizar os resultados (Enfermeiro/a)

Com certeza, com práticas em educação permanente, o termo humanização em saúde se estrutura melhor, mantendo os atendimentos cada vez mais humanizados. O profissional que estuda a abrangência da humanização em saúde, deve ter um olhar diferenciado em direção ao paciente. (Técnico/a)

Os profissionais de saúde assinalaram a relevância da humanização e sua estreita relação com a empatia, com as políticas de saúde, frisando a importância de estar constantemente se atualizando, para assim estarem aptos ao trabalho e ao atendimento dos pacientes, buscando por melhores resultados, aprimoramento e renovando seus conhecimentos.

Na sequência, foram questionados se já haviam estudado ou se já tiveram contato com o tema humanização em saúde nos cursos ou atualizações das quais participaram. 82 respondentes destacaram já ter contato com o tema, 8 afirmaram não ter e 6 optaram por não responder. Quanto a descrição desse contato, os profissionais apontaram que os conhecimentos que possuem sobre o assunto provêm de cursos, palestras, livros entre outros, destacando ainda: *“A humanização faz parte do nosso dia a dia, temos que ter um olhar diferenciado em direção ao paciente, buscando acolher o paciente, deixá-lo seguro, cuidar como gostaríamos de ser cuidados.”* (Enfermeiro/a). Muitos participantes destacaram a importância do *“acolhimento às pessoas em momentos de sofrimento, dor e angústia”*, relacionando a humanização do atendimento à eficácia dos tratamentos. Um dos profissionais destaca: *“É um assunto que nunca deve ser esquecido, pois assim o ser humano (paciente) passa a ser enxergado como um ser humano completo e que necessita de acolhimento para alcançar a recuperação satisfatória.”* (Técnico/a).

A questão seguinte indagava se, na Instituição de Saúde em que atuam, existe algum programa de educação permanente. 75 responderam que sim e 21 afirmaram não existir nenhum programa de educação permanente. Essa contradição de entendimento, na qual alguns afirmam existirem programas de educação permanente e outros negam sua existência, pode ser um reflexo de desconhecimento da realidade institucional, lembrando aqui que a grande maioria dos participantes da pesquisa está na instituição a menos de 5 anos. Também pode simbolizar um desinteresse em

buscar/participar dessas formações, talvez por entenderem que não haverá um reconhecimento maior, baseado nessas participações.

Dentre os que asseguraram a existência de formações ofertadas pela instituição, foram citados treinamentos, cursos, palestras e a existência de Núcleo de Educação Continuada. Um dos respondentes destacou: “*Ela deve ser permanente e contínua, principalmente com os profissionais novos, que saíram muito fracos, formados durante a COVID-19, nos anos de 2020 e 2021.*” (Gestor/a).

A questão seguinte era: Você acredita que, na Instituição de Saúde em que atua, a educação permanente e a humanização trazem algum diferencial nos resultados em saúde? 94 profissionais responderam que sim e 2 assinalaram a opção não. Dessa forma, questionou-se sobre quais são os diferenciais:

Embora em processo de reestruturação percebemos o quanto é imprescindível a formação para humanização dos processos. (Gestor/a)

Com certeza, os treinamentos fazem-nos pensar e agir da melhor maneira possível (Técnico/a)

Na instituição que trabalho, temos o parto humanizado, sem procedimentos invasivos, tornando a humanização presente no dia. Atuação a boas práticas (respeito). (Técnico/a)

Segurança ao paciente e família, troca de conhecimentos, melhor andamento do serviço. (Farmacêutico/a)

Sim, pois os profissionais trabalham mais atualizados e qualificados e por dentro das mudanças (Técnico/a)

Tem influenciado de forma positiva nos processos de trabalho. Equidade no cuidado; (Técnico/a)

Boa recuperação dos pacientes, bom relacionamento com o paciente e família, melhora a autoestima dos pacientes, diminui a dor, auxilia na parte emocional. (Enfermeiro/a)

As respostas marcam o quanto os profissionais de saúde relacionam a educação permanente com o processo de humanização dos atendimentos, o parto humanizado foi listado entre os diferenciais, assim como a segurança que profissionais qualificados trazem ao paciente e à família, a equidade no cuidado e a gestão em humanização como grande marco de resultados positivos da instituição.

Sobre o tema da cogestão nas práticas de saúde, 59 respondentes afirmaram saber do que se tratava, 35 disseram desconhecer o tema e 2 optaram por não responder. Entre profissionais de saúde que responderam o que entendem por cogestão, 17 deram a mesma resposta, de forma idêntica, o que pode demarcar uma busca rápida na *internet* sobre o tema, alertando para o real desconhecimento de

seu significado, 2 relataram se tratar de algo cheio, que não flui, o que leva a crer que entenderam o termo como “congestão” (alteração ou até mesmo comprometimento da digestão, conhecida também como indigestão).

Destaca-se a seguir alguns entendimentos dos participantes ao serem questionados sobre o que entendem por cogestão:

Gestão compartilhada, debate compartilhado acerca de decisões a serem tomadas ou implantação de novos projetos entre profissionais de diferentes áreas, a fim de se tomar a melhor decisão. (Gestor/a)

É quando todos os profissionais participam do processo de construção de uma rede de saúde, onde o atendimento integral é o objetivo de todos. (Técnico/a)

Acredito que seja um modelo de gestão em saúde “Poliarquia”, ou seja, em coletividade onde os funcionários da parte operacional até estratégicos se unem para um objetivo comum. (Enfermeiro/a)

É um jeito de cuidar, administrar como um todo tendo ética, tendo em vista bom relacionamento com todos visando democratizar a saúde. (Enfermeiro/a)

É uma maneira de incluir os funcionários nas atividades e decisões das empresas privadas e públicas. (Técnico/a)

Sobre o sentido da educação permanente para a área da saúde, os entrevistados entendem que pode proporcionar “*Continuidade do saber/aprender, evolução e atualização.*” Assim como destacam que “*Tem como objetivo a transformação do processo de trabalho, orientando para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso dos serviços de saúde.*” (Técnico/a).

Destaca-se que os colaboradores participantes da pesquisa compreendem a relevância da humanização, o que demonstra que esse é um tema abordado na instituição, assim, os profissionais entendem que a busca por novos conhecimentos precisa ser contínua e frequente, pois isso é determinante para a qualidade do cuidado integral, para saber acolher, respeitar, ouvir e cuidar, o que, na opinião dos respondentes, exerce grande influência na recuperação dos pacientes.

Ao serem questionados sobre como se dá o processo de conhecimento específico dos profissionais de saúde em sua experiência, os profissionais participantes da pesquisa destacam a importância de aprender com as práticas diárias, por meio da problematização dos cenários, do trabalho técnico alinhado ao conhecimento teórico e da imprescindível formação permanente, uma vez que “*Estamos em uma classe para a qual, a todo tempo, estão sendo lançadas informações novas*” (Enfermeiro/a), importante destacar aqui que muitos profissionais

destacaram que, muitas vezes, falta interesse em buscar por formações, destacando que “a maioria está descontente com o trabalho e então não tem mais vontade de se qualificar e não ser valorizado.” (Técnico/a).

Ao analisar as falas referentes a valorização dos profissionais de saúde, voltamos a um dado inicial coletado na pesquisa, no HSA, a maioria dos entrevistados atua a um período que fica entre 1 e 5 anos, sendo que apenas 2 respondentes estão na instituição a mais de 20 anos, lembramos aqui que o hospital possui mais de 60 anos de história. A falta de valorização profissional e financeira pode ser um dos motivos da alta rotatividade dos profissionais.

Na sequência foi apresentada a seguinte questão: Você conhece programas que possibilitam a educação permanente na área de saúde? 15 profissionais evidenciaram não conhecer, enquanto 59 afirmaram conhecer programas de educação permanente, listando o Humaniza SUS, o UNASUS, serviços privados como SECAD, Albert Einstein, COREN-RS e Ministério da Saúde, assim como Especializações, Mestrados, Doutorados e cursos em geral, como nas áreas cardiovascular, de aleitamento materno, ética e moral no ambiente de trabalho, programa para o fortalecimento das práticas de educação permanente em saúde no SUS, entre outros.

A questão final tratava sobre o trabalho cotidiano dos respondentes, indagando se consideram que possuem cogestão nas práticas de saúde e qual consideram ser a importância da gestão para a organização das instituições de saúde. Nesse viés, destacam-se as seguintes respostas:

A minha realidade é ambígua, gestão maior centralizadora. Alguns serviços têm uma gestão descentralizada – o que gera conflitos. Gestão: clareza do que se busca, do caminho que se deve seguir, objetivo comum e maior, responsabilizar-se pela manutenção e sobrevivência das instituições. (Gestor/a)

Sim a importância é o trabalho em equipe, incentivando novas ideias, novos conhecimentos e oportunidades de evolução, buscando assim melhorias no ambiente de trabalho. (Técnico/a)

Sim, equipe multiprofissional de terapia nutricional, que conta com a participação dos profissionais: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico. (Enfermeiro/a)

Em parte: precisa mais diálogo, mais políticas: PNH; PNPS, PNEP (Técnico/a)

Sim, temos os cogestores na nossa instituição, nosso trabalho é multidisciplinar, os gestores nos proporcionam trabalho diferenciado e humanizado. (Técnico/a)

De modo moderado sim, é importante pois a instituição trabalha como um relógio sendo os funcionários as engrenagens, onde todos devem trabalhar em conjunto. (Gestor/a)

Sim, para haver organização e um compartilhamento de ideias e poder. (Técnico/a)

Sim, tem importância para desenvolvimento das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde, com eficácia, gestão dos aparelhos, equipamentos. Na gestão de organização das equipes e nas atividades desempenhadas por estas. (Farmacêutico/a)

No cotidiano da instituição existe a participação de uma equipe multidisciplinar, permitindo melhor organização e atendimento nos serviços prestados. (Enfermeiro/a)

Não, a gestão é eficaz quando fornece capacitação, feedbacks entre líderes e colaboradores, mudanças e estrutura de processos para melhorias. (Técnico/a)

Procuramos envolver e participar e ter conhecimento mensal de todos os setores do hospital aprimorando e dando todo aporte que os coordenadores nos solicitam. (Gestor/a)

Em partes existe, dentro de um hospital as equipes são multidisciplinares, o que reforça a tomada de decisão. (Técnico/a)

Percebe-se distintos entendimentos a respeito da cogestão nas práticas de saúde e sobre a importância da gestão, alguns profissionais relacionaram com as condições de infraestrutura, dos equipamentos de trabalho e da capacitação de todos os envolvidos no processo, assim como com a divisão de tarefas, resolutividade de problemas diários e em haver uma equipe desenvolvida e organizada.

Também foram apontadas as dificuldades que o estabelecimento da cogestão sofre, o que pode ser confirmado no depoimento de outros profissionais, que não veem na cogestão uma solução para as questões do hospital e os que acreditam ser relevante uma relação horizontalizada de poder, entendendo que assim é possível “*ouvir a pessoa que está atuando nos setores para sempre procurar melhorias.*” (Gestor/a).

Na seção seguinte iremos abordar os resultados encontrados na instituição de saúde Hospital Santa Teresinha, do município de Palmitinho/RS.

7.4 Hospital Santa Teresinha

O setor de Recursos Humanos do Hospital Santa Teresinha⁶ nos enviou o histórico do hospital, destacando que essa instituição, localizada no município de Palmitinho/RS, possui caráter filantrópico e sem fins lucrativos. Foi fundada em 24 de junho de 1954, por meio da ação de um grupo de pessoas da comunidade. Possui 68 anos de história e tem como principal objetivo prestar serviços essenciais na área da

⁶ O Hospital Santa Teresinha não possui site, por isso essas informações não estão disponíveis online, dessa forma, solicitamos os dados via e-mail

saúde, em um município no qual não havia qualquer escritura pública com esta finalidade.

Sua sede foi construída em um terreno cedido pelo Estado e passou a atender a população em sua totalidade, além dos visitantes de toda a região, inicialmente como serviços ambulatoriais, médicos e internações, gradativamente assumindo outros serviços com suas especialidades. Hoje, o hospital conta com os serviços de internações, ambulatorios, radiologia, serviços de saúde mental e psiquiatria, dermatologia, unidade de cuidados prolongados, serviços de urgência e emergência, além de possuir um completo laboratório de análise clínicas. Atualmente, a instituição atua como hospital geral de média complexidade. A entidade Santa Terezinha se mantém por meio de receitas advindas do SUS, convênios e doações, além de emendas parlamentares de custeio.

Figura 07: Hospital Santa Terezinha de Palmitinho/RS



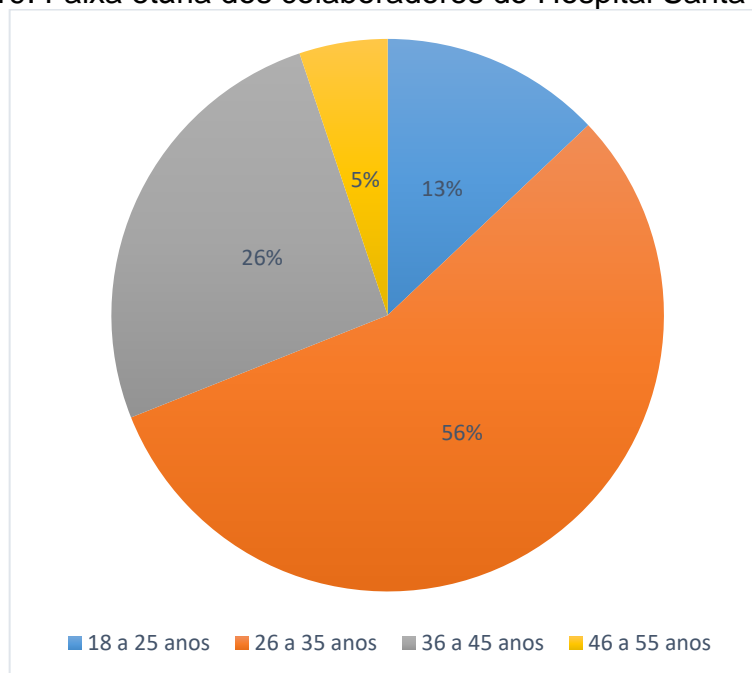
Fonte: Becker (2020) - Foto: Reprodução/Facebook

O Hospital Santa Terezinha possui um total 65 funcionários, compreendendo gestores, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos, a pesquisa tinha por objetivo abarcar 30% desse universo, ou seja, algo em torno de 19 colaboradores. Todos os profissionais (gestores, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos) foram convidados a participar da pesquisa, obteve-se retorno positivo de 27 colaboradores da instituição, constituindo um universo de pesquisa pertinente.

Destes respondentes, 2 são do sexo masculino e 25 do sexo feminino, reafirmando a prevalência de mulheres atuando nos atendimentos de saúde na região

da pesquisa. Na parte inicial do questionário, visando coletar dados sociodemográficos, questionou-se sobre a faixa etária dos colaboradores participantes da pesquisa, obtendo-se uma ampla variação, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 19: Faixa etária dos colaboradores do Hospital Santa Terezinha

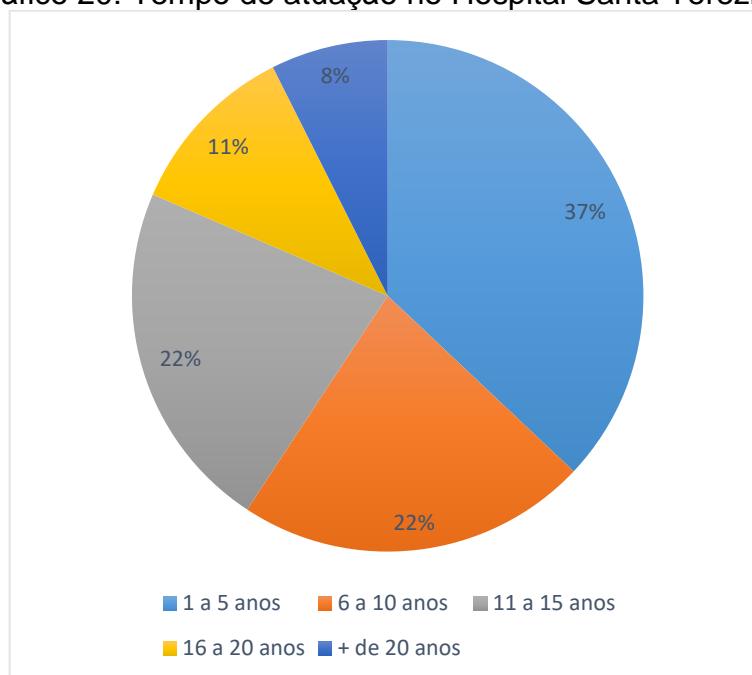


Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

Na sequência, questionou-se sobre o tempo de atuação profissional em Serviços de Saúde nesta Instituição, a maioria dos respondentes (37%) possuem entre 1 e 5 anos de atuação, na segunda posição, empatados (22%) os que possuem entre 6 e 10 e entre 11 e 15 anos, 11% possuem entre 16 e 20 anos de atuação na instituição e 8% dos respondentes estão atuando no hospital a mais de 20 anos.

Reafirma-se aqui a alta rotatividade de colaboradores, pois, mesmo o hospital tendo mais de 60 anos de funcionamento, apenas 2 dos profissionais entrevistados estão atuando a mais de 20 anos junto a Instituição, o que torna relevante pensar em fatores como condições de trabalho e valorização profissional. Alves Filho e Borges (2014, p. 986) alertam para a urgência de políticas que coloquem em pauta questões como “a valorização do trabalhador de saúde; a melhoria das condições de trabalho; o reajuste salarial; a informatização de cadastros; a necessidade da contratação de mais pessoal para a Atenção Básica e a racionalização de gastos”, questões que a presente pesquisa reafirma serem de grande importância.

Gráfico 20: Tempo de atuação no Hospital Santa Terezinha



Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

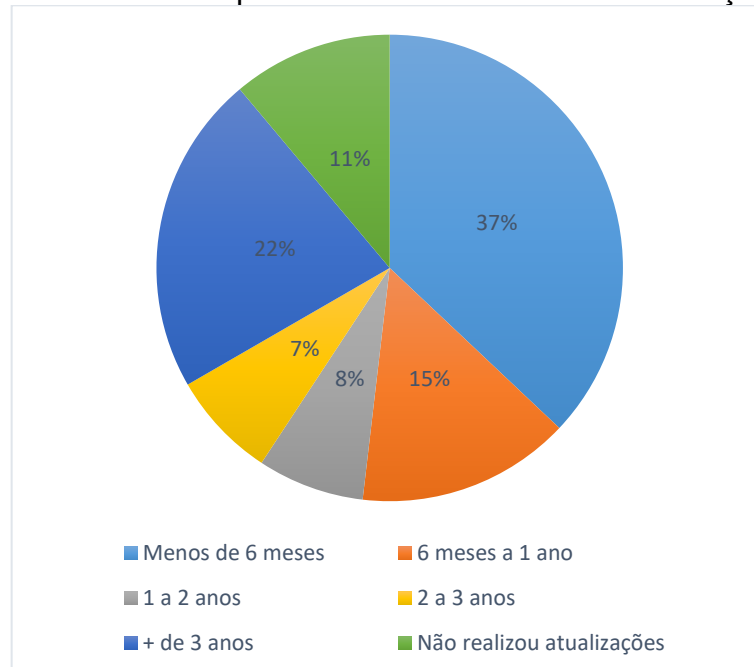
Na sequência, os participantes da pesquisa foram questionados se o Hospital Santa Terezinha é uma instituição pública ou privada, mais uma vez foi notável o desconhecimento/desinteresse dos respondentes acerca do local de trabalho, 15 colaboradores afirmaram se tratar de uma instituição pública; 3 alegaram ser pública/privada; 2 afirmaram ser privada e outros 7 alegaram que se trata de uma instituição Filantrópica, os últimos 7 respondentes acertaram, pois o Hospital Santa Terezinha é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos.

Sobre a principal motivação para atuar em serviços de saúde, predominou a escolha da opção vocação (18 respondentes), seguida de necessidade de sobrevivência financeira (6 respondentes) e mercado de trabalho facilitado (3 respondentes).

Quanto a formação, entre os respondentes, 06 possuem Graduação em Enfermagem; 01 possui graduação em Enfermagem, Especialização em gestão pública e em UTI; 01 possui graduação em Enfermagem e Pós-graduação em Urgência, emergência e trauma (UET); 01 possui graduação em Enfermagem e é Tecnólogo em segurança do trabalho; 01 possui graduação em Engenharia civil; 01 possui graduação em Farmácia; 01 possui graduação em Fisioterapia e Especialização em cuidados paliativos e em traumatologia e desportiva; 15 respondentes possuem nível Técnico enfermagem.

Quanto ao tempo decorrido desde a última formação concluída, temos os dados apresentados no gráfico a seguir:

Gráfico 21: Tempo decorrido desde a última formação



Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

Percebe-se que a maioria dos respondentes (36%) participou da última formação a menos de 6 meses; 22% a mais de 3 anos; 15% entre 6 meses e 1 ano; 11% não realizou atualizações; 8% entre 1 e 2 anos e outros 7% entre 2 e 3 anos. Quando questionados sobre a última formação profissional realizada, a especialização foi citada por 4 participantes; outros 9 relataram ter participado de cursos e treinamentos, 3 elencaram a participação no curso de Tecnólogo Segurança do trabalho e 11 participantes destacaram as formações nuclear e profissional.

Chegando à parte do questionário que visa ter informações acerca do conhecimento dos participantes sobre a educação permanente, questionou-se: Você acredita que a educação permanente serve como caminho para a humanização em saúde? 23 respondentes disseram que sim e 4 preferiram não responder. A questão ainda pedia uma justificativa para o posicionamento anterior, entre as respostas os profissionais salientaram a relevância do aperfeiçoamento do trabalho, visando a qualidade e o comprometimento, como pode ser visto nas falas a seguir:

Para o aperfeiçoamento do trabalho, com melhoria do acesso de qualidade e humanização do serviço prestado. (Enfermeiro/a)

Sim, o aprendizado teórico aperfeiçoa a prática, elevando os níveis de compreensão entre agentes. (Técnico/a)

Sim, pois devemos estar em constante aprendizagem e isso favorece ou propicia que nós profissionais não nos deixemos levar pela 'automatização' na rotina de trabalho. (Enfermeiro/a)

Acredito que seja um caminho pelo qual podemos melhorar a qualidade da atenção e a assistência em saúde. É um comprometimento da equipe de trabalho com a comunidade. (Técnico/a)

Na sequência os profissionais foram inquiridos sobre seus estudos ou contato com o tema humanização em saúde nos cursos ou atualizações das quais participaram. 13 respondentes destacaram já ter contato com o tema, 8 afirmaram não ter e 6 optaram por não responder. Quanto a descrição desse contato, os profissionais evidenciaram a importância do acolhimento, como pode ser visto na seguinte fala: *“Sim, acolhimento ao paciente – tratar cada paciente de forma individualizada e única, passar segurança, confiança e apoio para que o paciente possa ter uma recuperação mais rápida”* (Técnico/a), evidenciando ainda:

Sim, principalmente quando atuação é na área da saúde pública e atenção primária, na qual este tema é amplamente difundido. (Enfermeiro/a)

Sim, em todos os cursos na área da saúde se fala muito sobre esse tema. O mesmo é muito importante, pois um serviço de saúde humanizado ajuda a melhorar a qualidade de vida dos seus colaboradores, pacientes e familiares. (Técnico/a)

Acredito que quem escolha ir para a área da saúde já tenha essa 'humanização' dentro de si, que acolha o paciente como um todo. Desta maneira tentando proporcionar o melhor para o paciente, desde o acolhimento até o momento de sua alta hospitalar com respeito e empatia, o bem-estar do paciente é o que prevalece. (Enfermeiro/a)

A questão seguinte indagava se na Instituição de Saúde em que atuam, existe algum programa de educação permanente. 24 responderam que sim e 3 afirmaram não existir nenhum programa de educação permanente. Dentre os que asseguraram a existência de formações ofertadas pela instituição, foram citados treinamentos, cursos na Instituição e cursos online.

A questão seguinte era: Você acredita que, na Instituição de Saúde em que atua, a educação permanente e a humanização trazem algum diferencial nos resultados em saúde? 26 profissionais responderam que sim e 1 assinalou a opção não. Dessa forma, questionou-se sobre quais são os diferenciais, o desenvolvimento de potencialidades foi muito citado: *“Porque as práticas educativas contínuas se destinam ao desenvolvimento de potencialidades para uma mudança de atitude e comportamento do SER HUMANO.”* (Enfermeiro/a). As respostas, em geral, foram

voltadas para a possibilidade de troca de experiências, de crescimento profissional e para a possibilidade de ofertar atendimento e acolhida qualificada aos pacientes.

Sobre o tema da cogestão nas práticas de saúde, 17 respondentes afirmaram saber do que se tratava e 10 disseram desconhecer o tema. Embora 10 profissionais de saúde tenham afirmado desconhecer o termo, 4 deles falaram a respeito do que entendem por cogestão, indicando um interesse despertado pelo questionário que resultou em busca e estudo sobre o termo. Destaca-se ainda que 7 respondentes citaram ser esse o motivo de maior fluxo na procura por atendimentos em saúde, citaram o termo “cheio” e “alta procura hospitalar”, fazendo-nos crer que entenderam o termo “congestão”, conhecida também como indigestão ou dispepsia. As respostas mais relevantes seguem em destaque:

Modo de administrar que inclui o pensar e o fazer no modo coletivo, que muitas vezes é feito em conjunto com os funcionários. (Gestor/a)

Entendo ser um modo de administrar que inclui diversos níveis hierárquicos de profissionais, no qual os colaboradores participam da escolha de tomada de decisões, visando alcançar os objetivos em prol da organização/instituição da qual fazem parte. (Técnico/a)

Sistema de gerenciamento no qual colaboradores participam com diferentes papéis do processo de decisão, partilham resultados econômicos quando empresa privada. (Enfermeiro/a)

Uma forma humanizada e compartilhada de fazer gestão. (Técnico/a)

Sobre o sentido da educação permanente para a área da saúde, os entrevistados entendem que pode “*Transformar o processo de trabalho, orientando para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado aos serviços de saúde.*” (Enfermeiro/a). Assim como destacam que:

A educação permanente traz como marco uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos. As decisões de acolher, respeitar, ouvir e cuidar. (Enfermeiro/a)

Ao serem questionados sobre como se dá o processo de conhecimento específico dos profissionais de saúde em sua experiência, os profissionais participantes da pesquisa apontaram que “*Se dá através de estudos de caso, troca de experiência e discussão de casos clínicos com a equipe multiprofissional, aulas, treinamentos e cursos, sejam eles online ou presenciais*” (Técnico/a), destacam também a importância da graduação e dos cursos técnicos aliados às experiências diárias.

Na sequência foi apresentada a seguinte questão: Você conhece programas que possibilitam a educação permanente na área de saúde? 6 profissionais evidenciaram não conhecer, 5 não responderam e 14 afirmaram conhecer programas de educação permanente, listando o PNEPS; o programa Saúde da família; programa de vacinação; programa de controle de HIV-AIDS; programa de controle de tabagismo; Saúde na escola; Grupos de gestantes; Grupos de Álcool e drogas; Tele saúde; Plataforma UNASUS e; cursos de extensão online do COREN.

A questão final tratava sobre o trabalho cotidiano dos respondentes, indagando se consideram que possuem cogestão nas práticas de saúde e qual consideram ser a importância da gestão para a organização das instituições de saúde. Nesse viés, destacam-se as seguintes respostas:

Sim, para garantir o atendimento satisfatório e humano, a boa capacitação e reconhecimento dos profissionais, além de participar dos problemas da instituição. (Técnico/a)

Acredito que em parte sim, pois os profissionais são consultados em alguns quesitos, pontos referentes ao ambiente de trabalho. (Enfermeiro/a)

A gestão é muito importante, necessária para o bom andamento do trabalho, principalmente no que diz respeito a logística organizacional e em se tratando do sentimento de valorização por parte dos colaboradores quando eles se sentem inseridos e partes ativas do processo de construção do trabalho na instituição. (Gestor/a)

Existe uma parceria da equipe multidisciplinar, na qual discutimos o tratamento e possíveis alterações na conduta do paciente. (Farmacêutico/a)

Sim, gestão compartilhada entre equipe para melhor desempenho nas instituições de saúde. (Técnico/a)

Percebe-se distintos entendimentos a respeito da cogestão nas práticas de saúde e sobre a importância da gestão, alguns profissionais a relacionam com um atendimento satisfatório e humano aos pacientes, com a valorização dos colaboradores, com a existência de uma equipe multidisciplinar e com a realização de consultas aos profissionais sobre o cotidiano da instituição.

A seguir apresentaremos os dados da pesquisa da última instituição participante, o Hospital Pio XII, do município de Seberi/RS.

7.5 Hospital Pio XII

De acordo com informações enviadas por e-mail⁷ pela administração da instituição, a concepção inicial para a construção do Hospital Pio XII, localizado no município de Seberi/RS, surgiu em 1958, juntamente com a ideia de emancipar este município, que na época ainda era distrito de Palmeira das Missões/RS, nesse primeiro momento a ideia não seguiu por falta de recursos financeiros. Dessa primeira tentativa, seguiram-se anos de acordos e buscas por otimizar o projeto de construção do hospital, que foi concluído e entregue à comunidade Seberense em janeiro de 1977.

Desde o início de suas atividades, o Hospital Pio XII buscou aperfeiçoar o seu ramo de atividades, assim, goza de um bom conceito no município sede, tendo sido reconhecido como Entidade Filantrópica, de Utilidade Pública Municipal, Utilidade Pública Estadual e está em tramitação no Ministério da Saúde o processo de Utilidade Pública Federal. O hospital possui 56 leitos e mantém convênio com o SUS, CASSI, GEAP, UNIMED, IPERGS, FASSEMS, tem farmácia interna, laboratório de análises clínicas (terceirizado) e gerador próprio de energia.

Figura 08: Hospital Pio XII de Seberi/RS



Fonte: Folha do Noroeste (2021).

O Hospital Pio XII possui um total 36 funcionários, compreendendo gestores, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos, a pesquisa tinha por objetivo abarcar 30% desse universo, ou seja, algo em torno de 10 colaboradores. Todos os profissionais (gestores, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos) foram

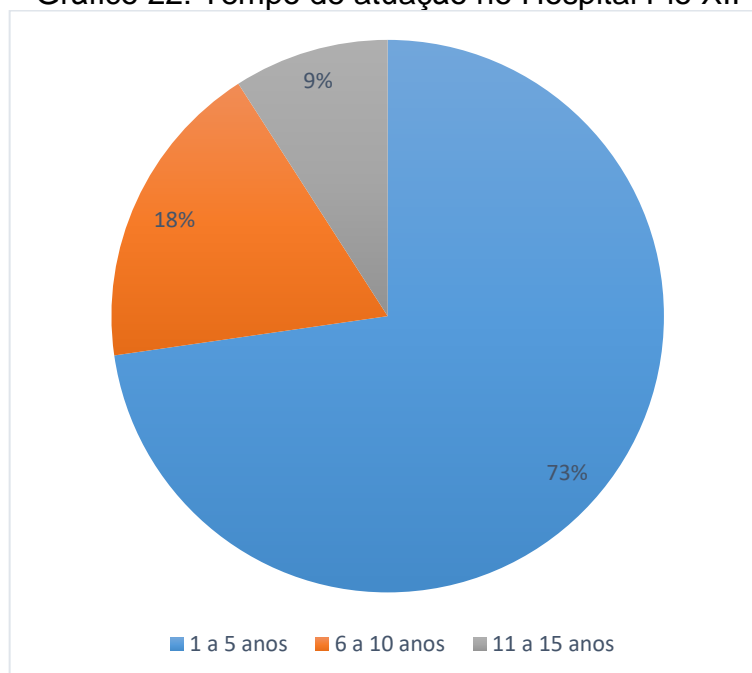
⁷ O Hospital Pio XII não possui site, por isso essas informações não estão disponíveis online, dessa forma, solicitamos os dados via e-mail.

convidados a participar da pesquisa, obteve-se retorno positivo de 11 colaboradores da instituição, constituindo um universo de pesquisa pertinente.

Todos os respondentes são do sexo feminino, assinalando novamente a predominância de mulheres atuando nos atendimentos de saúde, dado que se repete em todas as instituições participantes da pesquisa. Na parte inicial do questionário, com o objetivo de coletar dados sociodemográficos, questionou-se sobre a faixa etária dos colaboradores participantes da pesquisa, 64% possuem entre 26 e 35 anos e 36% possuem entre 36 a 45 anos.

Na sequência, questionou-se sobre o tempo de atuação profissional em Serviços de Saúde nesta Instituição, a maioria dos respondentes (73%) possuem entre 1 e 5 anos de atuação, na sequência, 18% possuem entre 6 e 10 anos e 9% entre 11 e 15 anos, conforme pode ser observado no gráfico.

Gráfico 22: Tempo de atuação no Hospital Pio XII



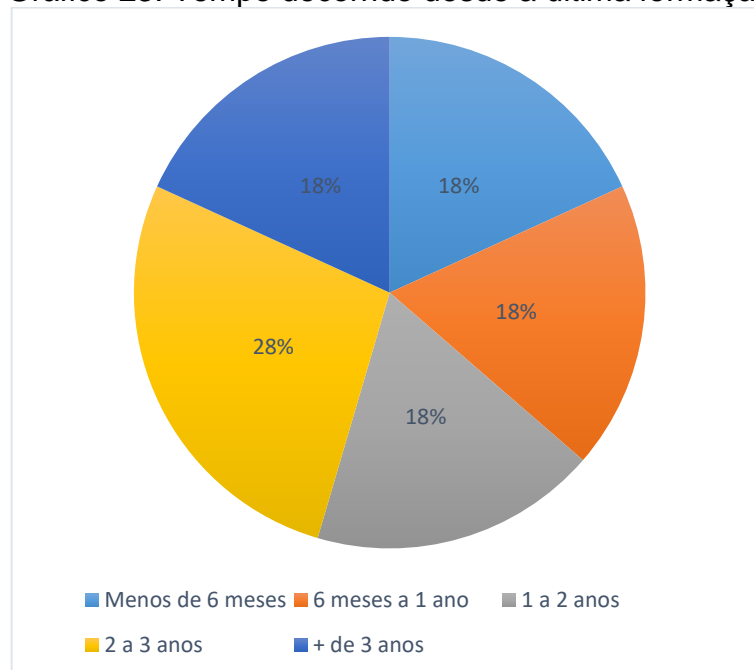
Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

Em seguida, os participantes da pesquisa foram questionados se o Hospital Pio XII é uma instituição pública ou privada, ressaltando novamente o desconhecimento, ou talvez desinteresse, dos respondentes acerca do local de trabalho, 4 afirmaram ser uma instituição pública; 1 disse que é privada, 1 que é pública/privada e outros 5 afirmaram ser filantrópica. O Hospital Pio XII é uma instituição privada com fins filantrópicos.

Sobre a principal motivação para atuar em serviços de saúde, predominou a escolha da opção vocação (8 respondentes), seguida de necessidade de sobrevivência financeira (3 respondentes). Quanto a formação, entre os respondentes, 01 possui formação em Administração hospitalar (gestor); 03 possuem Graduação em Enfermagem; 01 possui Graduação em Enfermagem e Especializações em Urgência e emergência, Auriculoterapia, Saúde pública, Estomaterapia, Infectologia e *Home care*; 01 possui Graduação em Enfermagem e Especialização em enfermagem obstétrica; 01 possui Graduação em Enfermagem e é tecnóloga em segurança do trabalho; 01 possui Graduação em Farmácia e; 03 são Técnicos Enfermagem.

Quanto tempo decorrido desde a última formação concluída, temos os dados apresentados no gráfico a seguir:

Gráfico 23: Tempo decorrido desde a última formação



Fonte: Elaborado pelo Autor (2022)

Percebe-se que a maioria dos respondentes (28%) participou da última formação há entre 2 e 3 anos; empatados em 18% os que realizaram a última formação a menos de 6 meses; entre 6 meses e 1 ano; entre 1 e 2 anos e; a mais de 3 anos. Quando questionados sobre a última formação profissional realizada, a especialização foi citada por 4 participantes; 1 listou o curso de Tecnólogo em

Segurança do trabalho; 1 listou a pós-graduação e 5 falaram sobre as formações nuclear e profissional.

Chegando na parte do questionário que visa ter informações acerca do conhecimento dos participantes sobre a educação permanente, questionou-se: Você acredita que a educação permanente serve como caminho para a humanização em saúde? 10 respondentes disseram que sim e 1 respondeu que não. A questão ainda pedia uma justificativa para o posicionamento anterior, como pode ser visto nas falas a seguir:

Sim, acredito, pois, a educação permanente tem como os principais detentores de tomada de decisão sobre acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade, o que sintetiza a humanização em saúde. (Técnico/a)

Sim, com ela aprendemos coisas novas todo momento e muito sobre humanização e reflexão, mudanças nas relações. (Técnico/a)

Acredito, realizando a educação permanente é possível em grupo / coletivo problematizar situações, autoavaliar condutas, rever ações e qualificar a assistência, mantendo rotinas que estão de acordo com o desejado, bem como buscando estratégias normativas para humanizar os serviços. (Enfermeiro/a)

Na sequência, os profissionais foram inquiridos sobre seus estudos ou contato com o tema humanização em saúde nos cursos ou atualizações das quais participaram. 7 respondentes destacaram já ter contato com o tema, 3 afirmaram não ter e 1 optou por não responder. Quanto a descrição desse contato, os profissionais evidenciaram que:

Sim a humanização sempre esteve presente em cada etapa de meus cursos e especializações, por vezes implícita, porém compreendemos sua importância em cada processo. (Enfermeiro/a)

Sim, na atualidade os serviços diversos preocupam-se com a humanização e propõe a abordagem, costumo destacar a temática e sua importância em todos os encontros que participo. (Técnico/a)

Sim, com cursos e atualizações podemos nos atualizar constantemente tendo em vista a criação de vínculos entre os usuários, trabalhadores, gestores produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar dos usuários. (Enfermeiro/a)

A questão seguinte indagava se, na Instituição de Saúde em que atuam, existe algum programa de educação permanente. 6 responderam que sim e 5 afirmaram não existir nenhum programa de educação permanente. Os que asseguraram a existência de formações ofertadas pela instituição abalizaram:

Trabalhamos com o setor de humanização no incentivo aos profissionais sobre a educação permanente. Desenvolvemos também em nossa Instituição a caixinha de pesquisa de satisfação assim os pacientes podem expressar sua experiência em nossa Instituição. (Gestor/a)

Educação permanente onde é realizado capacitações e atualizações com os funcionários da instituição para melhor desempenho de suas funções. (Técnico/a)

A questão seguinte era: Você acredita que, na Instituição de Saúde em que atua, a educação permanente e a humanização trazem algum diferencial nos resultados em saúde? 10 profissionais responderam que sim e 1 assinalou a opção não. Dessa forma, questionou-se sobre quais são os diferenciais, o acolhimento e a possibilidade de mudança de hábitos foram muito citados:

Trazem todo o diferencial, pois devemos compreender em nosso dia a dia que os pacientes, colaboradores e comunidade devem ser ouvidos e compreendidos, respeitados e acolhidos. (Técnico/a)

Possibilidade de mudança nas relações, nos processos de saúde. (Técnico/a)

O usuário/cliente é acolhido e são observados muito mais do que seus sinais vitais e queixa principal. O profissional se sente qualificado e seguro para ampliar seu olhar, atento para a resolutividade. Pode-se observar um índice maior de satisfação dos usuários, além mesmo da redução de gastos. (Enfermeiro/a)

Sobre o tema da cogestão nas práticas de saúde, 8 respondentes afirmaram saber do que se tratava e 3 disseram desconhecer o tema. As respostas mais relevantes seguem em destaque:

Cogestão é a prática de se gerir incluindo o pensamento coletivo. (Gestor/a)

É a participação de cada colaborador no processo de crescimento da instituição. (Técnico/a)

Compartilhamento de poder, onde se pode administrar incluindo o pensar e fazer coletivo. (Enfermeiro/a)

Sobre o sentido da educação permanente para a área da saúde, os entrevistados entendem ser “*Extremamente necessária, pois é através dela que compreendemos a importância de humanizar.*” Assim como destacam que:

Manter profissionais atualizados/qualificados e a excelência dos serviços ofertados. (Gestor/a)

Para um atendimento de qualidade, habilidade, competência para atender as expectativas dos pacientes, para qualidade assistencial melhor. (Enfermeiro/a)

Ao serem questionados sobre como se dá o processo de conhecimento específico dos profissionais de saúde em sua experiência, os profissionais participantes da pesquisa apontaram que:

A busca pelo conhecimento deve ser permanente, necessidade de manter-se atualizado. Penso que toda instituição deveria ter projeto para treinamentos e qualificação periódicos, possibilitando ministradores externos ao serviço. Na atualidade profissionais já do quadro ministram os encontros. (Enfermeiro/a)

Na sequência, foi apresentada a seguinte questão: Você conhece programas que possibilitam a educação permanente na área de saúde? 3 profissionais evidenciaram não conhecer e 8 afirmaram conhecer programas de educação permanente, listando o Telessaúde RS – URGs; CEQUAVE; COREN-RS; Portal; INAFF; UFMG; UFCSPA e; cursos online gratuitos, um dos participantes evidenciou: *“Vi algumas instituições que sigo que aplicam o EPS e algumas notícias na internet, nunca participei, porém acho interessante o programa, dá uma ênfase grande em vários aspectos que devemos melhorar ou olhar de outra forma.”* (Enfermeiro/a)

A questão final tratava sobre o trabalho cotidiano dos respondentes, indagando se consideram que possuem cogestão nas práticas de saúde e qual consideram ser a importância da gestão para a organização das instituições de saúde. Nesse viés, destacam-se as seguintes respostas:

Sim, pois para gerir é necessário ouvir e analisar as práticas, sugestões e opiniões dos colaboradores e profissionais inseridos na Instituição. (Técnico/a)

No meu trabalho tem muitos profissionais com ótimas condutas e ensinamentos que aplicam estas práticas. A importância que agrega nos casos de saúde são profissionais com melhores condutas, melhores atendimentos e uma interação maior entre as equipes. (Técnico/a)

Sim, efetivamos a cogestão quando debatemos sobre uma ação, assistência, conduta, “discutindo” com coletivo práticas e rotinas, revendo-as e definindo em conjunto o papel de cada profissional. Encaminhando as demandas necessárias à gestão, administração. (Enfermeiro/a)

A gestão é essencial para redução de gastos, custos e erros. Avaliar necessidades, mapear, elencar problemas, definir normativas e melhorias da assistência. Proporcionar condições à equipe efetivar os serviços com qualidade. (Enfermeiro/a)

Entre os entendimentos a respeito da cogestão nas práticas de saúde e importância da gestão são citados as condutas e os conhecimentos que os debates em grupos proporcionam, assim como as boas práticas no atendimento ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cabe aqui, retomar os objetivos desse estudo. Inicialmente, buscou-se analisar se a educação permanente nos serviços de saúde potencializa a humanização da atenção em saúde.

A efetivação do estado do conhecimento, assim como as leituras realizadas dos textos de estudiosos da área, reafirmou que a educação permanente em saúde possui uma importância muito acentuada, uma vez que é o início da trajetória que leva a humanização da atenção em saúde. Com a análise dos documentos legais sobre o tema, foi possível evidenciar a importância da PNEPS e de outras políticas públicas ao possibilitarem o debate referente a educação, permitindo que os sujeitos envolvidos percebam o viés ético-político que envolve a consolidação do SUS e assim possam se aproximar do ideal de um atendimento em saúde humanizado e coerente.

Buscamos, ainda, compreender o sentido da educação permanente na área da saúde e se ela contribui no processo de humanização, nesse sentido, é relevante o conceito elaborado em documento específico do Estado de Tocantins (2021), que destaca que tratar de educação permanente na área da saúde é falar em construção constante, em busca constante por atualização e por entender a relevância do fazer coletivo no trabalho.

O objetivo seguinte foi pesquisar os programas que possibilitam a educação permanente dos profissionais da saúde para compreender como acontece o processo de conhecimento específico desses profissionais, destacam-se, nas respostas dos profissionais de saúde, os programas PNEPS; programa Saúde da família; programa de vacinação; programa de controle de HIV-AIDS; programa de controle de tabagismo; Plataforma UNASUS entre outros, demonstrando que a maioria dos entrevistados sabe como buscar por programas de formação.

Também buscamos investigar se é possível desenvolver, nos profissionais de saúde, a cogestão nas práticas de saúde, tendo em vista a humanização dos processos, nesse viés, destaca-se que a cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, gerando um pacto de corresponsabilidade. (BRASIL, 2009).

Por fim, objetivamos analisar se a gestão em saúde contribui para a organização das instituições e para a construção do processo de formação permanente. Para atingir esses objetivos foram enviados questionários para gestores,

enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos das instituições de saúde, públicas e/ou privadas, da região.

Evidenciamos que relacionar educação e saúde se apresenta como uma necessidade nos tempos atuais, a educação permanente em saúde precisa ser entendida como política institucional, uma vez que constitui um dos pilares estratégicos de transformação dos processos no SUS.

Cabe assinalar as dificuldades encontradas para se empreender uma pesquisa de campo. Realizamos dezenas de viagens às instituições para conseguir, em um primeiro momento, autorização para realização da pesquisa, em um segundo momento a definição dos responsáveis dentro das instituições de saúde para acompanhar e monitorar a pesquisa, na sequência operamos com várias estratégias como a utilização do *Google Forms* com questionários eletrônicos, para os quais tivemos pouquíssimos retornos, passamos então para os questionários físicos, todos foram impressos e entregues junto aos setores responsáveis. Iniciou-se então a busca fragmentada destes questionários a cada semana, para que fosse possível obter o corte necessário para o desenvolvimento desta dissertação.

Como percepção pessoal do pesquisador, é possível evidenciar que em cada movimento de busca por essas etapas da dissertação na fase de campo, foi possível divagar, entre os percursos e na chegada às instituições, que as cenas se repetiam e traziam de volta ao pensamento períodos em que o pesquisador estava à frente da secretaria municipal de saúde do município de Taquaruçu do Sul/RS e à frente do Hospital São Roque, nesse mesmo município. As dificuldades da época ainda se repetem. A falta de acesso a gestão, os problemas de superlotação das casas regionais de saúde, as filas aguardando os atendimentos, a problemática do acolhimento e de responder as expectativas do paciente tão vulnerável na busca por resgatar sua saúde e voltar a manter uma vida digna de trabalho e vivências junto de suas famílias.

Mas ao mesmo tempo que, enquanto profissional de saúde, é possível ter essa percepção, essa também é a percepção de alguém que viveu esta perspectiva, pois ao cuidar do pai idoso, por mais de 13 anos na peregrinação incansável por várias casas de saúde da região, que fazem parte de nossa Coordenadoria Regional de Saúde, bem como outras referências em saúde do Estado, ouvindo os gestores e profissionais, foi possível perceber as dificuldades de fazer gestão e a tentativa incansável de buscar melhorar as estruturas físicas, de tentar manter vivas as

finanças para manutenção das equipes, as quais, em sua maioria, são apenas as necessárias e exigidas pelos Conselhos Federais e Regionais das classes de profissionais de saúde e não a real necessidade de efetivo para que os trabalhos transcorram dentro de uma regularidade satisfatória.

Ao ouvir os profissionais de saúde e também na vivência dentro da saúde pública como profissional Farmacêutico Bioquímico Clínico, atuando em Farmácia Hospitalar e Farmacêutico na Atenção Básica de saúde, foi possível perceber o pedido de socorro, o cansaço e a necessidade de avançar no que tange aos aspectos essenciais de qualquer profissão, quem dirá na saúde, que são: a valorização dos profissionais pela gestão e comunidade; revisão e ampliação dos salários não por questões legais de classe, mas por merecimento e dedicação; ampliação de parcerias entre as instituições de saúde e as instituições de ensino, ampliando as possibilidades de Educação Continuada e Educação Permanente; plano de carreira e crescimento dentro das instituições; entre outros.

Percebemos que precisamos encontrar, urgentemente, um ponto de equilíbrio para equacionar estes desafios e, aqui, demonstramos que a educação permanente é um dos eixos essenciais para esse sonho de termos uma saúde para todos com dignidade, inclusão e participação. Aqui demonstramos que a humanização, horizontalização e o *empowerment* são ferramentas fantásticas para despertar e transformar nossas práticas de saúde dentro das Instituições e, por fim, a cogestão e a corresponsabilização são indispensáveis como meios de tornar todo o processo como um único corpo, tornar o processo participativo e ter como resultado o resgate da seguinte premissa, somos SERES HUMANOS, uns buscando resgatar os outros, em todos os momentos, principalmente neste que é o mais importante, resgatar a Vida.

Nesse viés, todas as pesquisas assim como as respostas dadas ao questionário validam a educação na saúde como fator de grande relevância para a humanização dos atendimentos em saúde, pois, uma vez que permite a compreensão e evolução de conceitos, leva ao entendimento do ser humano como um ser multidimensional, logo, a saúde também precisa ser entendida como um processo em permanente alteração, processo do qual todos precisam participar, pensando no seu próprio bem-estar e no da sociedade na qual estamos inseridos.

Considerando os processos como interligados, os profissionais de saúde também precisam ser mais valorizados para, assim, acreditarem que seus esforços e

investimentos em formações serão levados em conta. Para que a humanização nos serviços de saúde seja possível, é necessário que os profissionais envolvidos tenham contato com o tema, saibam o que significa e como colocá-la em prática e isso só irá acontecer por meio da formação permanente.

Humanização em saúde exige a mudança dos padrões de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, aceitando que existe uma grande necessidade de possibilitar novas e melhores relações entre todos os envolvidos nesse processo, humanizar em saúde significa criar espaços legítimos de fala e escuta, uma vez que um atendimento humanizado é dependente de muitos fatores, tais como a existência de colaboradores e profissionais de saúde treinados, que saibam responder às dúvidas do paciente, com tranquilidade, organização, cumplicidade e carisma.

Percebe-se que as quatro instituições de saúde apresentaram resultados bem similares. Destaca-se que é predominante a percepção de que a humanização dos atendimentos é essencial, assim como a formação permanente é o caminho para chegar a esse ideal, todavia, evidencia-se, considerando as respostas dos questionários, que esse ainda é um caminho longo, pois mesmo que na teoria a formação permanente, a cogestão e a humanização sejam importantes, na prática isso ainda não acontece na maioria das realidades investigadas.

Salienta-se, por fim, que esses conceitos (humanização, cogestão e formação permanente), mesmo sendo defendidos pelos profissionais de saúde, ainda não são bem compreendidos por muitos dos sujeitos envolvidos nos atendimentos de saúde.

O que se busca aqui não é uma conclusão, pois estamos tratando de uma construção constante, de um fazer coletivo capaz de gerar pertencimento, nesse cenário, a cogestão pressupõe a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão, para que essa não seja mais exercida por poucos, possibilitando que um conjunto mais ampliado de sujeitos tenha acesso a posições de decisão.

Essa é uma pesquisa ampla, os dados aqui coletados deixam uma porta aberta para a sequência dessa pesquisa, acreditamos que os objetivos aqui propostos foram atingidos, até mesmo ultrapassados, pois ainda existem muitos pontos que podem ser debatidos e analisados com base no que aqui apresentamos, dessa forma, esse desfecho não se trata de uma conclusão, mas de um início de caminhada até tornar o que foi aqui discutido em realidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Thiala Maria Carneiro de; *et al.* Planejamento e desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde na perspectiva do PMAQ-AB. **Revista Saúde debate**, Rio de Janeiro/RJ, v. 43, spe. 1, ago. 2019.
- ALVES FILHO, Antônio; BORGES, Livia de Oliveira. A Motivação dos Profissionais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília/DF, v. 34, n. 4, p. 984-1001, 2014.
- ARAÚJO, Janieiry Lima de; PAZ, Elisabete Pimenta Araújo; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo/SP, v. 46, n. 1, p. 200-207, 2012.
- AYRES, José Ricardo. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hSgv4n6yzC76Hsv3rmHVS5y/?langformat=pdf>. Acesso em 03 jun. 2021.
- BARBOSA, Mayara Lima; CELINO, Suely Deysny de Matos; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão. **Revista Interface**. Botucatu/SP, v. 19, n. 55, out./dez. 2015.
- BARBOSA, Regina Helena Simões; *et al.* Gender and healthcare work: a critical view of community health agents' work. **Revista Interface – Comunicação Saúde Educação**. Botucatu/SP, v. 16, n. 42, p. 751-65, jul./set. 2012.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo/SP: Editora Edições 70, 2015.
- BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo/SP, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
- BAUMAN, Zygmunt. **Vida Líquida**. Rio de Janeiro/RJ: Editora Jorge Zahar, 2007.
- BECKER, Diones Roberto. Hospital de Palmitinho terá unidade de internação em cuidados prolongados: Leitos irão reforçar a assistência hospitalar do SUS no Rio Grande do Sul. **Clic Portela**, mar. 2020. Disponível em: <https://www.clicportela.com.br/noticia/4905/hospital-de-palmitinho-ter-unidade-de-internao-em-cuidados-prolongados>. Acesso em: 11 out. 2022.
- BELLINO, Francesco. **Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais**. São Paulo/SP: Editora EDUSC, 1997.
- BESTETTI, Maria Luísa Trindade. **Ambiência: espaço físico e comportamento**. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro/RJ, v. 17, n. 3, p. 601-610, 2014.

BITENCOURT, Fabrícia. Atendimento humanizado é o seu diferencial! **Blog Luciano Lemos**, jul. 2016. Disponível em: <http://lucianolemos.com.br/atendimento-humanizado-e-o-seu-diferencial/>. Acesso em: 25 nov. 2022.

BOMFIM, Eliane dos Santos; *et al.* Educação permanente no cotidiano das equipes de saúde da família: utopia, intenção ou realidade? **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**. Rio de Janeiro/RJ, v. 9, n. 2, p. 526-535, abr./jun. 2017.

BRASIL. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. 1. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2003.

BRASIL. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**: Ambiência. 2. ed. Brasília/DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Gestão participativa e cogestão. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria n. 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)** Brasília/DF, fev. 2004.

BRASIL. Portaria n. 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União (DOU)** Brasília/DF, fev. 2006.

BUZANELO, Alice; *et al.* O grande mistério que é a UPA. **Blog #tecer - reportagem**, jul. 2016. Disponível em: <https://medium.com/@tecer/o-grande-mist%C3%A9rio-que-%C3%A9-a-upa-61b8825fdf51>. Acesso em: 13 set. 2022.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo/SP: Editora HUCITEC, 2013.

CARVALHO, André Luís Bonifácio de; *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro/RJ, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CORTEZ, Lyane Ramalho; *et al.* A Percepção do Supervisor do Provac sobre a Fixação do Médico na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Brasília/DF, v. 43, n. 2, abr./jun. 2019.

COSWOSK, Édila Dalmaso; *et al.* Educação continuada para o profissional de saúde no gerenciamento de resíduos de Saúde. **Revista Brasileira de Análises Clínicas - RBAC**. Rio de Janeiro/RJ, v. 50, n 3, nov. 2018.

DALBELLO-ARAUJO, Maristela; ANDRADE, Janice Gusmão; SILVA, Valmin Ramos. Esforços da Pós-graduação em políticas públicas e desenvolvimento local para a Interiorização. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo/SP, v. 139, set./dez. 2020

DELORS, Jacques. **Educação, um tesouro a descobrir**: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo/SP: Editora Cortez; UNESCO; Ministério da Educação e do Desporto, 1996.

DEMO, Pedro. **O mais importante da educação importante**. São Paulo/SP: Editora Atlas, 2012.

DEMO, Pedro. Rupturas urgentes em educação. **Revista Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro/RJ, v. 18, n. 69, p. 861-872, out./dez. 2010.

DIAS, Maria Socorro de Araújo; *et al.* The National Health Promotion Policy: an evaluability assessment in a health region in Brazil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro/RJ, v. 23, n. 1, p. 103-114, jan. 2018.

DOMINGUES, Ivan. **Epistemologia das Ciências Humanas**. São Paulo/SP: Loyola, 2004.

DONATELI, Cíntia Pereira; *et al.* Evaluation of Health Surveillance in the Zona da Mata Mineira: from standards to practice. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro/RJ, v. 22, n. 10, p. 3439-3455, 2017.

FALKENBERG, Mirian Benites; *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro/RJ, v. 19, n. 3, mar. 2014.

FASIG. Faculdade de Ciências da Saúde. **Mercado de trabalho em saúde**: vale a pena atuar nele? ago. 2022. Disponível em: <https://fasig.com.br/como-esta-o-mercado-de-trabalho-em-saude/>. Acesso em: 22 nov. 2022.

FEIO, Ana; OLIVEIRA, Clara Costa. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Revista Saúde & Sociedade**. Maceió/AL, v. 24, n. 2, p. 703-715, 2015.

FERIGATO, Sabrina Helena; *et al.* Potências do CiberespaSUS: redes sociais como dispositivos de políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro/RJ, v. 23, n. 10, out, 2018.

FERNANDES, Larissa de Siqueira; CALADO, Camila; ARAUJO, Claudia Affonso Silva. Redes sociais e práticas em saúde: influência de uma comunidade online de diabetes na adesão ao tratamento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro/RJ, v. 23, n. 10, out. 2018.

FERNANDES, Valcler Rangel; *et al.* The 'locus' of health oversight in Brazil's Unified Health System – a place between the knowledge and the practices of social mobilization. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro/RJ, v. 22, n. 10, p. 3173-3181, 2017.

FERREIRA, Lorena; *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro/RJ, v. 43, n. 120, p. 223-239, jan./mar. 2019.

FOLHA DO NOROESTE. Seberi: projeto beneficia Hospital Pio XII. **Redação Folha do Noroeste**, dez. 2021. Disponível em: <https://www.folhadonoroeste.com.br/noticias/seberi-projeto-beneficia-hospital-pio-xii/>. Acesso em: 11 out. 2022.

FONSECA, Luiz Eduardo; FIGUEIREDO, Maria Cristina Botelho de; PORTO, Celina Santos Boga Marques. Management of Primary Care: a challenge for international cooperation in health. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, v. 22, n. 7, p. 2287-2294, jul. 2017.

FRANÇA, Tânia; *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017.

FREDERICO WESTPHALEN. UPA 24 Horas completa 1 ano de atendimentos. **Site do Município de Frederico Westphalen**, mar. 2022. Disponível em: <https://www.fredericowestphalen-rs.com.br/noticia/2580/upa-24-horas-completa-1-ano-de-atendimentos>. Acesso em: 13 set. 2022.

FREIRE, Paulo. **Cartas à Cristina**. Rio de Janeiro/RJ: Editora Paz e Terra, 1994.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro/RJ: Editora Paz e Terra, 1996a.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 23. ed. Rio de Janeiro/RJ: Editora Paz e Terra, 1996b.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo/SP: Editora Atlas, 2008.

GOIS, Deisi. Quais as diferenças entre hospital público e privado? **Zelas saúde**, nov. 2020. Disponível em: <https://saude.zelas.com.br/artigos/hospitais-no-brasil>. Acesso em: 22 nov. 2022.

GOMES, Romeu. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/SP: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere**: Os intelectuais, o princípio educativo, jornalismo. Tradução: COUTINHO, Carlos Nelson. 2. ed. Rio de Janeiro/RJ: Editora Civilização Brasileira, 2001.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça; *et al.* Challenges for the formulation, implantation and implementation of a National Health Surveillance Policy in Brazil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro/RJ, v. 22, n. 5, maio, 2017.

HERMANN, Nadja. **Hermenêutica e Educação**. Rio de Janeiro/RJ: Editora DP&A, 2002.

HSA. Hospital Santo Antônio. **O Hospital**. 2016. Disponível em: <http://hsavida.com.br/estrutura-fisica/>. Acesso em: 22 set. 2022.

IQUIZE, Roxana Claudia Condori; *et al.* Educational practices in diabetic patient and perspective of health professional: a systematic review. **Brazilian Journal of Nephrology**. São Paulo/SP, V. 39, n. 02, abr./jun. 2017.

JOBCONVO. **Gestão horizontal**: como funciona? Benefícios e diferenças, 2021. Disponível em: <https://articles.jobconvo.com/gestao-horizontal-tudo-que-precisa-saber-para-aplica-la-na-empresa/>. Acesso em: 22 set. 2021.

LAZARINI, Welington Serra; SODRÉ, Francis. O hiato da educação em saúde na formação dos trabalhadores do SUS. In: SODRÉ, Francis; *et al.* **Formação em Saúde**: Práticas e Perspectivas no Campo da Saúde Coletiva. Vitória/ES: Editora EDUFES, 2016.

LIMA, Kawana dos Santos. Empowerment nas Organizações: Implementação e Desafios. 2019, 18f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Administração). Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL, Londrina/PR, 2019.

LORENZETTI, Jorge; *et al.* Gestão em Saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis/SC, v. 23, n. 2, p. 417-425, abr./jun. 2014.

MAGNAGO, Carinne; *et al.* PET-Saúde/GraduaSUS na visão de atores do serviço e do ensino: contribuições, limites e sugestões. **Revista Saúde em debate**. Rio de Janeiro/RJ, v. 43, spe. 1, ago. 2019.

MALTA, Deborah Carvalho; *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro/RJ, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016.

MARCOLINO, Taís Quevedo; LOURENÇO, Gersa Ferreira; REALI, Aline Maria de Medeiros Rodrigues. “Isso eu levo para a vida!”: aprendizagem da prática profissional em uma Comunidade de Prática. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu/SP, v. 21, n. 61, abr./jun. 2017.

MASSAROLI, Aline; SAUPE, Rosita. **Distinção conceitual**: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. 2008 Projeto de pesquisa (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC). CNPq, 2008.

MELO, Marina Félix de. Hermenêutica e dialéctica: Gadamer e Habermas na metodologia das Ciências Sociais. **Revista Angolana de Sociologia**. n. 10, p. 11-20, dez. 2012. Disponível em: <https://journals.openedition.org/ras/172>. Acesso em 01 jun. 2021.

MENEGASSI, Glaucia Vanacor. Transdisciplinaridade no sistema único de saúde. **Rede Humaniza SUS**, abr. 2013. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/61694-transdisciplinaridade-no-sistema-unico-de-saude/>. Acesso em: 26 jan. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. São Paulo/SP: Editora Hucitec, 1993a.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: Teoria método e criatividade**. São Paulo/SP: Vozes, 1993b.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8. ed. Rio de Janeiro/RJ: Editora Bertrand Brasil, 2000.

OLIVEIRA, Israel Victor de; *et al.* Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo. **Revista Saúde Debate**. Rio De Janeiro/RJ, v. 44, n. 124, p. 47-57, jan./mar. 2020.

PEREIRA, Eduardo Henrique Passos; BARROS, Regina Duarte Benevides de. Humanização. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Manguinhos/RJ: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>. Acesso em: 10 dez. 2020.

PIOVESAN, Agostinho. Aberta a UPA de Frederico Westphalen: a estrutura de saúde oferecerá atendimento 24h. **Correio do Povo**: cidades, mar. 2021. Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/cidades/aberta-a-upa-de-frederico-westphalen-1.586602>. Acesso em: 13 set. 2022.

PIRES, Tainá Cardoso dos Santos; ANDRADE, Luciene Lessa; REIS, Fábio da Silva. Transdisciplinaridade e humanização na formação em saúde: o acolhimento como caminho. In: Conferência Internacional Saberes para uma Cidadania Planetária, Fortaleza/CE. **Anais: [...]**. Fortaleza/CE, maio, 2016.

POLAKIEWICZ, Rafael. Vocação dos profissionais de enfermagem em tempos de crise. **Portal PEBMED**, abr. 2020. Disponível em: https://pebmed.com.br/vocacao-dos-profissionais-de-enfermagem-em-tempos-de-crise/?utm_source=artigoportal&utm_medium=copytext. Acesso em: 13 out. 2022.

PORCHEDDU, Alba; REZENDE, Neide Luzia de; BULGARELLI, Marcello. Zygmunt Bauman: entrevista sobre a educação. **Desafios pedagógicos e modernidade líquida Caderno de Pesquisa**, v. 39, n. 137, ago. 2009.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Natal/RN, v. 33, n. 2, jun. 2009.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília/DF, v. 55, n. 2, p. 196-199, mar./abr. 2002.

ROCHA, Lys Esther; DEBERT-RIBEIRO, Myriam. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo/SP, v. 35, n. 6, p. 539-547, 2001.

RODRIGUES, Marcela Marinho; MENDONÇA, Ângela; GUIRAUD, Fernando Luiz Menezes. **Equipes transdisciplinares e os desafios de uma prática articulada em socioeducação**. Paraná: Ministério Público do Paraná (MPPR); Núcleo de Comunicação Institucional, mar. 2008. Disponível em: <https://crianca.mppr.mp.br/pagina-419.html>. Acesso em: 22 set. 2021.

ROJAS, Fagner Luiz Lemes; *et al.* Educação permanente em saúde: o repensar sobre a construção das práticas de saúde. **Journal Health NPEPS**. Tangará da Serra/MT, v. 4, n. 2, p. 310-330, jul./dez. 2019.

SEBRAE. Quais os tipos de associação sem fins lucrativos. **Portal SEBRAE**, out. 2019. Disponível em: <https://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/ufs/ap/artigos/quais-os-tipos-de-associao-sem-fins-lucrativos,27b597daf5c55610VgnVCM1000004c00210aRCRD>. Acesso em: 13 out. 2022.

SGRECCIA Elio. **Manual de Bioética**: Fundamentos e ética biomédica. São Paulo/SP: Editora Loyola; 1996.

SHOR, Ira; FREIRE, Paulo. **Medo e Ousadia** – O Cotidiano do Professor. Rio de Janeiro/RJ: Editora Paz e Terra, 1986.

SIDI, Pilar de Moraes; CONTE, Elaine. A hermenêutica como possibilidade metodológica à pesquisa em educação. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**. Araraquara/SP, p. 1942-1954, out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/9270>. Acesso em: 19 out. 2020.

SILVA, Bruno Neves da; *et al.* Reflexos das relações de saber-poder no contexto da estratégia de Saúde da Família. **Revista Archives of Health Investigation**. Araçatuba/SP, v. 8, n. 5, p. 229-236, 2019.

SLOMP JUNIOR, Helvo; FEUERWRKER, Laura Camargo Macruz; LAND, Marcelo Gerardin Poirot. Health education or a shared therapeutic project? Health care goes beyond the pedagogical dimension. **Revista Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro/RJ, v. 20, n. 2, p. 537-546, 2015.

SOUZA, Janaina Medeiros de; *et al.* Aplicabilidade prática do *empowerment* nas estratégias de promoção da saúde. **Revista Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro/RJ, v. 19, n. 7, jul. 2014.

TOCANTINS. **A Educação Permanente em Saúde e a humanização sob a perspectiva do apoio institucional “produzindo redes e territórios vivos”**: Planejamento, Monitoramento e Avaliação – PMA. Tocantins (Estado): Secretaria da

Saúde. Superintendência de Gestão Profissional e Educação na Saúde. Escola ETSUS. Palmas/TO: Secretaria de Estado da Saúde, 2021. 48p.

TRAD, Leny Alves Bomfim, ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro/RJ, v. 20, n. 4, p. 1099-1117, 2010.

TREVISAN, Tatiana Valéria. **Teoria do conhecimento e epistemologia**. Santa Maria/RS: Manancial - repositório digital da UFSM, 2010. Disponível em: http://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/17130/Curso_Let-Esp-Lit_Teoria-Conhecimento-Epistemologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 01 jun. 2021.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **A educação transforma vidas**. 2021. Disponível em: <https://en.unesco.org/themes/education>. Acesso em: 28 set. 2021.

WARMLING, Deise; *et al.* Aproximando saberes e experiências à distância: relato da tutoria de um curso de especialização. **Revista de Salud Pública**. Colômbia, v. 20, n. 1, p. 132-137, 2018.

WELLER, Wivian. A hermenêutica como método empírico de investigação. In: Reunião Anual da ANPED, Caxambu/MG, 30, 2007. **Anais: [...]**. Caxambu/MG, 2007. Disponível em: <http://30reuniao.anped.org.br/trabalhos/GT17-3288--Int.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

WERMELINGER, Mônica et al. A Força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Revista Saúde debate**. Rio de Janeiro/RJ, n. 45, p. 55-71, 2010. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20o%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.

WEYKAMP, Juliana Marques; *et al.* Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria/RS, v. 6, n. 2, p. 281-289, abr./jun. 2016.

APÉNDICE

Apêndice A: Questionário

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome da Instituição de Saúde:

PERFIL DO RESPONDENTE:

1. Qual o seu gênero?

- Masculino;
- Feminino;
- Prefiro não dizer.

2. Qual sua faixa etária?

- De 18 a 25 anos;
- De 26 a 35 anos;
- De 36 a 45 anos;
- De 46 a 55 anos;
- Mais de 55 anos.

3. Há quanto tempo você atua profissionalmente em Serviços de Saúde nesta Instituição em que trabalha atualmente?

- De 1 a 5 anos;
- De 6 a 10 anos;
- De 11 a 15 anos;
- De 16 a 20 anos;
- Mais de 20 anos.

4. A instituição de saúde que você atua no momento é:

- Privada;
- Pública;
- Pública/privada;
- Outra.

5. Se você selecionou a opção Outra, exemplifique abaixo:

6. Qual a principal motivação para você atuar em serviços de saúde?

- Necessidade de sobrevivência financeira;
- Vocação para o Serviço de saúde;
- Dificuldade de formação em outra área;
- Falta de oportunidade em outra área;
- Mercado de trabalho facilitado;
- Facilidade de ingresso na formação universitária;
- Outra.

7. Se você selecionou a opção Outra, exemplifique abaixo:

FORMAÇÃO

1. Qual a sua última formação?

- Nível médio ou técnico;
- Graduação;
- Especialização;
- Mestrado;
- Doutorado;

2. Nos fale um pouco mais sobre a sua formação, ano de conclusão, curso?

3. Há quanto tempo realizou sua última formação (curso, especialização, etc.) profissional?

- Menos de 6 meses
- De 6 meses a 1 ano
- De 1 a 2 anos
- De 2 a 3 anos
- Mais de 3 anos
- Não realizou atualizações

5. Qual foi a última formação profissional realizada?

HUMANIZAÇÃO

1. Você acredita que a Educação permanente serve como caminho para a humanização em saúde? Explique:

2. Você já estudou ou teve contato com o tema humanização em saúde nos cursos ou atualizações que participou? Explique:

3. Na Instituição de Saúde em que atua, existe algum programa de educação permanente?

- Não;
- Sim.

4. Caso positivo, cite qual(is):

5. Você acredita que, na Instituição de Saúde em que atua, a educação permanente e a humanização trazem algum diferencial nos resultados em saúde?

() Não;

() Sim.

6. Caso positivo, cite quais:

7. Você já ouviu falar no termo cogestão nas práticas de saúde?

() Não;

() Sim.

8. O que entende por cogestão?

9. Para você, qual o sentido da educação permanente na área da saúde?

10. Em sua experiência, como se dá o processo de conhecimento específico dos profissionais de saúde?

11. Você conhece programas que possibilitam a educação permanente na área de saúde? Cite-os:

12. Em seu trabalho cotidiano, você considera que possui cogestão nas práticas de saúde? Qual a importância da gestão para a organização das instituições de saúde?
