



Os desafios das atividades educativas desenvolvidas no cenário hospitalar

The challenges of educational activities developed in the hospital scenario

Karolyne Sarti Sessa¹, Maristela Dalbello-Araujo¹

RESUMO

Introdução: O sistema de saúde do Brasil é considerado uma vitória do Movimento da Reforma Sanitária e, desde sua regulamentação, são feitas ações no sentido do aprimoramento dos profissionais para o novo sistema. Coerente com os princípios e diretrizes, a chamada Educação Permanente visa consolidar a ideia de redes de atenção, articulando os serviços em todos os níveis. Assim, em 2004 foi lançada a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), com grande capilaridade, especialmente nos serviços de atenção básica. A fim de verificar tal imperativo, realizou-se pesquisa qualitativa que objetivou analisar a Educação em Serviço desenvolvida em três hospitais de uma região metropolitana. **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa com intuito de conhecer a experiência social do sujeito, ou seja, as vivências dos profissionais de saúde responsáveis pela execução das atividades de educação em ambiente hospitalar. Os dados foram coletados a partir de entrevistas coletivas, e por meio da análise de seu conteúdo extrairam-se os resultados desta pesquisa. **Resultados:** Obteve-se como resultado a descrição das atividades realizadas, a identificação das metodologias de ensino utilizadas e verificaram-se as dificuldades encontradas na implantação e na execução dos programas de educação desses estabelecimentos. **Conclusão:** Conclui-se que as atividades educativas são imprescindíveis para o aprimoramento das atividades nas instituições hospitalares e ressalta-se que elas ocorrem baseadas na Educação Continuada, que busca oferecer treinamentos para um melhor desempenho das atividades, diante das inovações tecnológicas, diferentemente do que propõe a Educação permanente, que objetiva a produção de protagonismo por parte dos trabalhadores.

Palavras-chave: Educação; Política Nacional; Educação Permanente e Hospital.

ABSTRACT

Introduction: The health system in our country is considered a victory of the Health Reform Movement and, since its regulation, actions have been taken towards the improvement of professionals for the new system. Consistent with its principles and guidelines, the so-called Permanent Education aims to consolidate the idea of care networks, articulating services at all levels. Thus, in 2004, the National Policy on Continuing Education (PNEP) was launched, with great capillarity, especially in primary care services. To verify this imperative, we carried out qualitative research that aimed to analyze the Education in Service developed in three hospitals in a metropolitan region. **Methods:** Study with a qualitative approach to know the subject's social experience, that is, the experiences of health professionals responsible for carrying out educational activities in a hospital environment. The data were collected from collective interviews, and, through the analysis of its content, the results of this research were extracted. **Results:** It was obtained as a result the description of the activities carried out, the identification of the teaching methodologies used and the difficulties found in the implementation and execution of the education programs of these establishments were verified. **Conclusion:** Educational activities are essential for the improvement of activities in hospital institutions and we emphasize that they occur based on Continuing Education, which seeks to offer training for a better performance of activities, in light of technological innovations, differently from what Permanent Education proposes, which aims at the production of protagonism by the workers.

Keywords: Education; National Policy of Permanent Education; Hospital.

¹ Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Vitória/ES, Brasil.

Correspondência:

ksartissessa@gmail.com

Direitos autorais:

Copyright © 2023 Karolyne Sarti Sessa, Maristela Dalbello-Araujo.

Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Submetido:

8/4/2021

Aprovado:

24/4/2023

ISSN:

2446-5410

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado uma vitória do Movimento da Reforma Sanitária, resultou do esforço exercido por profissionais de saúde, estudantes, parlamentares e pela população nas décadas de 1970 e 1980. Regulamentado em 1990, abrange todos os municípios e todos os brasileiros¹.

Desde o início, há a formação e o aprimoramento dos profissionais que dariam corpo a esse projeto. Muitas iniciativas nesse sentido foram feitas e a proposta de capacitação dos profissionais de saúde deve considerar os trabalhadores como atores de um processo de construção de saberes e práticas, para que sejam preparados para serem atores de seus próprios processos de formação ao longo da vida¹. Sendo assim, todas as capacitações devem ser realizadas sobre os processos de trabalho e avaliadas pelos participantes¹.

Coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a chamada Educação Permanente (EP) visa apoiar a organização do trabalho voltada à atenção integral à saúde e à construção de cadeias de cuidado progressivo, consolidando a ideia de redes de atenção, articuladoras dos serviços em todos os níveis de assistência. O desenvolvimento da capacidade crítica e criadora dos sujeitos submetidos a atividades de EP se torna possível por ser um método que promove alternativas viáveis no campo de trabalho, por se utilizar de formas diferentes de ensino e aprendizagem, fazendo com que os alunos sejam parte desse processo de criação. Com isso, a EP busca realizar uma transformação nas práticas profissionais existentes por meio de respostas construídas a partir da reflexão dos trabalhadores, estudantes e demais atores envolvidos nesse processo de ensino²⁻³.

Assim, em 2004 foi instituída a Política de Educação Permanente em Saúde (PNPES), com uma nova abordagem político-pedagógica para a questão da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, oficializada pela Portaria 198/2004².

Os pressupostos filosóficos e a proposta pedagógica dessa política baseiam-se na ação de ensino-aprendizagem que se apropria da produção de conhecimentos em meio às atividades cotidianas das instituições de saúde, onde a realidade vivenciada

pelos atores do processo é de extrema importância para que os problemas do dia a dia do trabalho, somados às experiências desses profissionais, sejam à base de questionamento e mudança. Nessa perspectiva educacional, o educador não assume uma postura superior ao do educando, baseia-se nas vivências e experiências anteriores dos alunos como desafio para a busca de novos aprendizados, ao contrário do ensino-aprendizagem tradicional, no qual os alunos são vistos como ouvintes e absorvedores do conhecimento do outro^{2,3}.

Essa definição de educação difere do conceito de Educação Continuada, que é compreendida como uma ferramenta voltada para a qualificação profissional mediante a atualização de seus conteúdos técnicos. Contudo, as duas propostas são importantes para a formação de profissionais e gestores de saúde, mas é importante observar sua pertinência para cada ação educativa que se pretende⁴.

Outro ponto a ser destacado diz respeito ao fato de que o sistema de saúde brasileiro, desde sua criação, é composto por dois subsistemas, um de caráter público, que é de responsabilidade do Estado, e outro de caráter privado, marcado por relações do mercado e código de defesa do consumidor^{3,5,6}.

De acordo com as leis que regulamentam o SUS e que regem os sistemas público e privado de saúde, define-se que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, desde que observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento. Para garantir que os serviços privados ocorram dentro dos pressupostos do sistema, foram criadas as agências de regulação dos serviços de saúde. Atualmente, duas agências são responsáveis pelo setor: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)^{6,7}.

A ANS é uma autarquia cuja finalidade é promover a defesa do interesse público, e suas funções são: regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência supletiva à saúde⁷.

Tendo em vista que a ANS tem incentivado os programas de educação para profissionais do setor hospitalar, realizou-se a pesquisa visando conhecer o funcionamento e a organização desses programas, identificando as principais conquistas, as metodologias utilizadas e as principais dificuldades⁷.

MÉTODOS

Para conseguir entender o funcionamento das atividades educacionais dentro dos ambientes hospitalares, a pesquisa baseou-se em uma abordagem qualitativa, que não tem uma preocupação com uma representatividade numérica, e sim com o aprofundamento do entendimento de uma organização ou grupo social. Neste estudo, levou-se em consideração a importância de se conhecer a experiência social do sujeito, que, nesse caso, refere-se às vivências dos profissionais de saúde responsáveis pela execução das atividades de educação dentro dos ambientes hospitalares⁸.

Para melhor desenvolvimento do estudo com as equipes de profissionais de saúde que desenvolvem atividades educativas, foram incluídos hospitais que possuíssem esse serviço ativo por no mínimo dois anos, no município de Vitória/ES.

As pesquisadoras optaram por uma análise prévia de possíveis locais de estudo, para que fosse possível identificar os hospitais que poderiam e aceitariam participar da pesquisa. Após a análise prévia, foi realizada a entrevista com três equipes de educação de instituições diferentes, visto que os outros dois hospitais selecionados não possuíam os critérios de inclusão.

A abordagem dessas equipes se deu por meio de entrevistas coletivas, pois buscava-se conhecer o trabalho da equipe, e não de um profissional isolado.

As entrevistas foram realizadas coletivamente por meio de um instrumento semiestruturado, testado previamente em uma instituição que não faz parte deste estudo, e essa validação foi de extrema importância para que as pesquisadoras pudessem revisar a abordagem e adequação de algumas palavras no roteiro.

Importante ressaltar que as entrevistas foram realizadas em formas de bate-papo, no qual o questionário servia como base da conversa. Com isso, deseja-se dizer que as perguntas contidas no questionário ocorreram de forma aleatória, de modo que, durante a conversa, era possível que os participantes da pesquisa respondessem a mais de uma pergunta, sem ser necessária sua realização de forma direta. Mas o questionário foi extremamente importante por ser o norteador das entrevistas e

para que nenhum assunto fosse esquecido durante a realização desse processo.

As entrevistas ocorreram dentro do ambiente de trabalho das equipes. Foram feitos contatos prévios para que fosse agendado o melhor dia e horário. Não foi estipulado tempo mínimo para que a entrevista fosse realizada.

Com todas as entrevistas concluídas e transcrições realizadas, deu-se então início à análise, em que foram identificados os pontos mais importantes repassados pelos atores, até que fosse possível chegar às comparações e às criações de categorias que serviram de base para a análise final das entrevistas.

Para preservar o anonimato dos hospitais, foram utilizadas as identificações: Hospital 1, Hospital 2 e Hospital 3. Dessa maneira, a análise dos dados foi feita de forma segura para os participantes da pesquisa e, ao mesmo tempo, pôde ser avaliada pelos pontos de vista de cada instituição.

Para a análise do conteúdo das entrevistas, as pesquisadoras dividiram as falas em quatro categorias, sendo: categoria 1 – Formação das equipes de educação; 2 – atividades educacionais; 3 – metodologias utilizadas; e 4 – dificuldades encontradas.

As categorias surgiram após a leitura e releitura atenta de todas as transcrições das entrevistas. Para facilitar a compreensão e a análise, as entrevistas foram colocadas em planilhas e separadas pela numeração dos hospitais. Para melhor entendimento e comparação das falas e criação das categorias, foram identificadas quatro cores diferentes para que as falas pudessem ser analisadas de acordo com seu conteúdo, e assim foi possível descrever as categorias de forma clara e objetiva, utilizando todas as falas dos entrevistados. Com essas divisões, pôde-se entender um pouco da realidade das instituições e comparar entre elas como as quatro categorias criadas se desenvolveram, podendo ver que, mesmo em instituições diferentes, alguns pontos, segundo as categorias, podem ser bem parecidos. Por se tratar de um estudo com seres humanos, a pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sendo aprovada no dia 15 de abril de 2019, CAE: 07890819.0.0000.5061, seguindo todas as orientações da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata sobre todos os protocolos éticos

necessários para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos conforme as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). O estudo com as instituições hospitalares foi realizado no período de maio a agosto de 2019.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Formação das Equipes de Educação

Neste estudo, foram selecionados três hospitais da região metropolitana de Vitória, onde se identificou que a formação das equipes de educação, nos ambientes hospitalares abordados, deu-se por enfermeiros que faziam parte da instituição executando outras atividades, em sua maioria enfermeiros assistenciais.

Esses profissionais foram remanejados dos setores em que atuavam e convidados a desenvolver as atividades educacionais da instituição. Na maioria das vezes optou-se por enfermeiros mais experientes e com uma melhor aptidão para exercer atividades educativas.

Quando implantou, eu era enfermeira do pronto-socorro, e aí veio o enfermeiro [X], com ele não funcionou muito bem a educação permanente, acho que porque ele não tinha muita experiência. Aí veio uma outra enfermeira, já veio de fora já com experiência em educação permanente, aí começou a funcionar mesmo essa educação permanente (Hospital 1).

Nesse processo de criação da equipe, muitas dificuldades foram enfrentadas pelo fato de os profissionais não estarem preparados para desenvolver as atividades educacionais.

Na verdade, não tínhamos o conhecimento de educação continuada e educação permanente, ou plano nacional da educação, então eram enfermeiros que participaram de processos interno que entravam nesse cargo (Trecho da entrevista (Hospital 2)).

Foi tudo que eu corri atrás para construir, meu interesse em construir, entendeu? Até os indicadores (Hospital 1).

Ele me colocou em uma sala com um computador e ele falou “pronto, sua sala, sua mesa, seu computador, agora é com você”, então eu, tipo assim, eu não tinha nada, eu não tinha norma, eu

não tinha nada que me direcionasse ali. Falei assim “meu Deus o que eu vou fazer agora?” (Hospital 1).

Esses profissionais atuavam de forma autônoma, executando as atividades educacionais solicitadas e embasavam-se em literaturas e rotinas institucionais.

Nós tínhamos uma equipe de dois enfermeiros que atuavam de uma forma meio que autônoma. Eles iam a campo, levantavam as necessidades de treinamentos e faziam o treinamento (Hospital 3).

Durante a entrevista, eles relataram que a dificuldade da implantação, muitas vezes, advinha da falta de experiência dos trabalhadores e gestores envolvidos no processo e também pela ausência de rotinas descritas que auxiliassem no desenvolvimento das atividades.

A gente recebeu meio que carta branca e conseguimos fazer os benchmarks, a gente conseguiu ir à Secretaria de Saúde, a gente começou com esse de referência lá de treinamentos e tudo mais. Daí a gente começou a entender o que realmente era educação continuada, o que era educação permanente, qual a diferença disso para treinamento e desenvolvimento, aí o mundo se abriu, né? (Hospital 2).

A opinião foi unânime sobre a melhoria do processo de trabalho após o amadurecimento da equipe e, também, após esses profissionais selecionados conseguirem descrever suas funções e atividades de forma organizada.

Hoje os processos bem descritos todas as atividades que a educação continuada, processo criado pelos enfermeiros que fazem parte da equipe (Hospital 3).

Nas instituições abordadas, a equipe é pequena, sua maioria conta com a presença de três a quatro profissionais, composta por um ou dois profissionais de enfermagem, que são responsáveis pela realização das atividades educacionais, visto que são voltadas especialmente para as áreas assistenciais da enfermagem, que representa o percentual mais significativo, chegando a atingir, em alguns casos, cerca de 60% de pessoal nas instituições hospitalares.

Apesar de a equipe de saúde não se restringir a esses profissionais, durante as entrevistas ficou cla-

ro que as equipes de educação existentes nas três instituições possuem um foco mais voltado para as áreas assistenciais de enfermagem. Os outros trabalhadores que compõem as equipes multiprofissionais possuem processos educacionais realizados por seus líderes ou por colegas de equipe que estão a mais tempo dentro das instituições.

A maioria das instituições de saúde tem um setor denominado “educação continuada ou contínua” ou “educação em serviço”. A rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nas instituições é grande e, segundo relato das equipes entrevistadas, esse seria um dos motivos de prioridade para esses profissionais que demandam treinamentos para se adequar e realizar as rotinas de forma correta. No entanto, às vezes, mesmo sendo treinados, não passam do período de experiência.

As pessoas estão entendendo que a rotatividade aqui está muito alta, tem isso também, é um fato agravante, rotatividade muito alta, ou seja, a pessoa que eu treinei agora daqui a seis meses ela está fora, às vezes nem isso, não passou nem na experiência e ele vai (Hospital 2).

A equipe de educação é responsável pela elaboração e execução dos treinamentos oferecidos e também pelos relatórios e controles de indicadores dessas ações educativas. Os indicadores de treinamento, segundo os entrevistados, servem para acompanhamento, para medir a quantidade de turmas realizadas, horas de treinamentos que cada trabalhador teve durante o mês, temas abordados, além de possuir um controle das listas de presença, que são documentos utilizados como base legal para a comprovação das atividades educacionais da instituição.

Atividades educacionais

Para a organização das ações educativas realizadas nos hospitais avaliados, o profissional responsável se utiliza de uma planilha chamada Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT). Nesse documento, devem estar descritos os assuntos a serem abordados, o público-alvo e o cronograma de execução. Esse formulário é preenchido pela pessoa responsável por ministrar as ações educacionais dentro da instituição, em conjunto com as coor-

denações das áreas assistenciais e, geralmente, no segundo semestre do ano vigente, para que as ações possam ser planejadas para o próximo ano. Em uma das instituições, o planejamento é feito anualmente, ou seja, para os 12 meses do ano, nas outras duas instituições, são feitas de forma trimestral.

Pela descrição dos participantes desta pesquisa, o LNT não é um cronograma engessado. Se for necessário, ele pode sofrer adequações e até mesmo alterações de datas e temas. No entanto, existem treinamentos que não podem ser deixados de lado, que são obrigatórios por lei, como a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), dentre outros.

É até uma questão de corte de verba, se não houver o cumprimento dos indicadores e metas, que são várias, como de lesão por pressão, de vários eventos adversos, essa coisa toda (Hospital 2).

A tal da LNT, ela é praticamente uma planilha, a gente tem todas essas planilhas no computador, a desse ano está correndo e daqui a pouco vou fazer a de 2020, em primeiro lugar os treinamentos obrigatórios, que são as RDCs (Hospital 3).

Os temas definidos na LNT podem sofrer alterações, dependendo de necessidades verificadas. Os dados que são levados em consideração para elaboração desses documentos são advindos de normas obrigatórias para o funcionamento de serviços, legislações, eventos adversos (definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, que não são atribuídas à evolução natural da doença de base), e por dados negativos nos indicadores de produção de algum setor que não esteja atingindo a meta estipulada pela instituição, ou ainda por uma necessidade apontada pelo próprio gestor da área.

Eu identifico e aí eu monto um cronograma, de três em três (Hospital 1).

Os treinamentos são mapeados e alinhados à estratégia da instituição, os resultados obtidos são resultados que estão relacionados diretamente ao levantamento da necessidade do treinamento, por conta de alguma necessidade, problema a ser resolvido, evento, indicador (Hospital 3).

Está muito focado na assistência que acompanha a evolução do desenvolvimento através de indicadores de notificação de eventos, nós temos um sistema que monitora a quantidade de notificações e após a realização do treinamento, nós temos como

verificar se chegou ao resultado que esperávamos, que é redução daquele evento que estava acontecendo (Hospital 2).

Entretanto, as atividades de educação não são desenvolvidas apenas seguindo o formulário de LNT — os entrevistados informaram que, por necessidade dos setores, ao longo do ano pode ser necessária a realização de um treinamento não planejado.

São as chamadas demandas espontâneas, que são decorrentes de ações, falhas ou necessidades de treinamentos, identificadas ao longo do ano e que não podem esperar, sendo consideradas de grande gravidade, como um atendimento ineficaz, a utilização errada de um aparelho, dentre outros. Nesse momento, esses educadores entram em contato com os gestores das áreas e acabam trocando algum tema ou incluindo um novo treinamento nas atividades que estavam previstas.

O levantamento das necessidades é fundamental para a projeção da programação da Educação Continuada, em que se deve tomar como ponto de partida as dificuldades reais do campo de atuação e a participação dos enfermeiros no Programa de Educação Continuada.

Então houve essa necessidade, uma necessidade espontânea, não necessariamente teve um indicador da qualidade, mas teve esse episódio, e a gente considera grave (Hospital 3).

[...] A gente tem demandas espontâneas, que eu encaixo durante todo o ano, independente se eu já tenho 12 ou não, então eles vão se encaixando, então eu dou mais de um treinamento por mês com certeza, sempre (Hospital 2).

Eu vou nas áreas e identifico que precisa de um treinamento, converso com o gestor, planejo e executo (Hospital 1).

Há ainda uma outra planilha, na qual é registrada a avaliação da eficácia do treinamento. Ou seja, os gestores podem identificar se as ações educativas surtiram os efeitos desejados para os trabalhadores após a realização do treinamento. Nesse formulário, é descrito o nome do treinamento, o setor onde foi realizado, os trabalhadores que participaram da ação e qual era o objetivo a ser alcançado. O preenchimento é realizado pelo gestor da área ou pelo responsável por ministrar os treinamentos. No preenchimento, deve-se ter uma justificativa informando se o treinamento foi eficaz ou não.

Quando avaliado como não eficaz, deve ser identificada qual ação deve ser realizada para tratativa desse problema.

Foi relatado pelos participantes que há um conflito de interesses quando tal documento é preenchido pelo responsável pela ação, uma vez que a equipe que ministrou o treinamento tem dificuldade em admitir que o treinamento foi ineficaz. Nesse sentido, uma das equipes alegou que essa avaliação deveria ser feita pelo gestor da área, ou por pessoas que possam acompanhar a atividade durante o processo de trabalho, a fim de garantir que a resposta seja fidedigna à realidade.

Para que o treinamento seja considerado eficaz, os trabalhadores treinados precisam ser capazes de realizar, na prática, as atividades aprendidas no treinamento.

Após 90 dias da realização do treinamento, o gestor é cobrado via e-mail da avaliação de eficácia do treinamento (Hospital 3).

É, do treinamento exatamente é aí que a gente barra no conflito de interesse, que já foi dito ao RH, não tem cabimento algum, como é que vou a eficácia de uma coisa que eu tô dando, eu vou falar que foi bacana, né!? Então o ideal mesmo é o gestor fazer aquilo, o dono do processo fazer, e não quem tá fazendo o treinamento (Hospital 2).

Quem me manda, então, essa folha de eficácia são os gestores, todos eles têm no sistema, então o enfermeiro que está ali na ponta, porque tem o coordenador, o enfermeiro referência, né, que é assistencial também, e de frente também ele vê ali se o fulano pegou o treinamento, ou tá com dificuldade ainda, aí ela preenche «olha, 98% dos funcionários da enfermagem tal conseguiram adquirir, foram bem no treinamento e tal, mas 1% correspondendo ao funcionário tal», específica, né, “ainda precisa de treinamento”, aí eu abordo esse funcionário de novo (Hospital 1).

A gente promove workshop, seminário. Tem esse contato multi, acabamos pegando outras áreas, ficamos sabendo dos eventos que vão ter, pois acabamos colaborando para aquele evento não aconteça (Hospital 3).

[...] Eu sempre trago muito exemplo, exemplo de casa, da instituição mesmo, para ilustrar; e tenho também por exemplo de RCP, que é prático, a gente tem manequim prático, punção prático (Hospital 1).

A avaliação de treinamento possibilita a identificação dos fatores que restringem ou contribuem

para o melhor desempenho dos participantes, adequando as ações de capacitação às necessidades organizacionais. Alegam que a avaliação da eficácia fornece dados importantes para a avaliação do treinamento, entretanto, ressaltam que esse modelo tradicional de avaliação de aprendizagem é limitado, pois não permite avaliar o treinamento em sua totalidade.

Ademais, as equipes afirmaram que há também um acompanhamento realizado para os trabalhadores recém-contratados, que funciona como um treinamento introdutório. Em duas das instituições é utilizado o mapa de habilidades, que é um documento com a descrição de algumas atividades que devem ser repassadas a esse funcionário, devendo estar ligadas às suas rotinas de trabalho.

Essas atividades educacionais são desenvolvidas pelos profissionais que já estão nas áreas, não é feita pela equipe de treinamentos, e sim pelo gestor, enfermeiro ou algum técnico mais experiente. Trata-se do repasse das rotinas da instituição para que esse trabalhador não se sinta perdido nos seus primeiros dias de trabalho.

Na verdade, a gente envia e faz o controle do mapa de habilidades, mas quem aplica são os gestores, os coordenadores e quem tiver como referência dos novos colaboradores, que eles são inseridos dentro da rotina de cada setor (Hospital 3).

Metodologias utilizadas

Durante a entrevista, foram relatadas algumas metodologias de ensino utilizadas pelas equipes entrevistadas, tais como: a prática expositiva em forma de aulas teóricas, treinamentos práticos de demonstração de técnicas, simulações realísticas e a realização de jogos para tornar os treinamentos mais atrativos.

A aula expositiva caracteriza-se pela exposição oral/escrita do conteúdo pelo professor, sem levar em conta o conhecimento prévio dos estudantes e sem espaço para questionamentos. Nessa estratégia, o foco é o professor, e o aluno é agente passivo, que recebe as informações transmitidas pelo professor.

Para ancorar esse método, é necessário buscar referencial teórico por meio de livros, artigos, revistas científicas, o que faz com que os profissionais responsáveis procurem adquirir conteúdos teóricos

atualizados para a montagem de uma aula, utilizando-se de *slides*, vídeos e falas dos educadores sobre o assunto. A participação dos envolvidos é de ouvinte, havendo pouca ou nenhuma interação entre o educador e o aluno.

Na verdade, eu acho que é a técnica mesmo, assim, a prática mesmo, entendeu? Todos os treinamentos assim eu sempre estou baseado em alguma coisa, alguma literatura (Hospital 1).

Para alguns assuntos ele é muito teórico, por exemplo, os obrigatórios eu faço no auditório, pois eu tenho a participação de 60 70 no mesmo horário, é uma aula “gente, o que é isso, o conceito disso é isso [...]”, eu sempre trago muito exemplo, exemplo de casa, da instituição mesmo, para ilustrar (Hospital 3).

Já os treinamentos práticos são formas de repassar um conteúdo que precisa ser manuseado pelo participante do treinamento. Nesse modelo, o educador precisa realizar uma técnica específica, explicar como ela deve ser realizada e deixar que os participantes repliquem a informação de forma prática, até que sejam capazes de realizar a técnica sozinhos. Um dos exemplos mais utilizados pelos participantes desta pesquisa foi o de punção venosa. O educador explica, realiza o procedimento e depois pede para que repitam. A intenção é padronizar rotinas, procedimentos e atividades que devem ser realizadas da mesma forma em toda a instituição.

Tenho também, por exemplo, de ressuscitação cardiopulmonar, que é prático, a gente tem manequim prático, punção prático (Hospital 2).

Aí realmente a gente os traz principalmente para o laboratório, que é onde nós podemos fazer um treinamento mais prático, uma simulação diferenciada, né!? (Hospital 3).

Na simulação realística, o educador simula, durante o treinamento, um ambiente real. Os participantes são levados a colocar em prática suas habilidades em um ambiente seguro e guiado. O exemplo utilizado foi o atendimento a uma parada cardiorrespiratória, em que os alunos são colocados dentro de um ambiente que simula um quarto hospitalar e os participantes precisam realizar o atendimento a um paciente como se fosse uma situação real. O educador possui manequim e materiais que possi-

bilitam que esse atendimento seja o mais próximo possível da realidade. Nesse tipo de metodologia, os trabalhadores são levados a treinar suas habilidades assistenciais de forma guiada e, quando ocorre algum erro ou falha de processo, os educadores podem entrar em cena, tirando dúvidas e informando a forma correta de realizar o atendimento proposto.

[...] A gente monta o cenário e faz um atendimento de parada [...] (Hospital 3).

A simulação realística em saúde, utilizada para a formação e o treinamento dos profissionais da área, tem crescido como uma das estratégias para o desenvolvimento de habilidades técnicas e não técnicas. Habilidades técnicas são em geral constituídas de procedimentos específicos, e habilidades não técnicas envolvem as competências cognitivas e sociais, que complementam a técnica para o desempenho da prática do profissional com qualidade e segurança. Sendo assim, é possível trabalhar, durante as simulações, elementos como consciência situacional, tomada de decisão, comunicação, trabalho em equipe, liderança, gerenciamento de conflito e fadiga, que são habilidades essenciais para as atividades que envolvem alto risco, como os serviços de saúde.

Dessa maneira, a simulação realística tem sido utilizada como metodologia de ensino nos laboratórios e centros de simulações para proporcionar um ambiente reflexivo e de transformação para o desenvolvimento de competências essenciais ao cuidado centrado no paciente, e alcance dos objetivos e resultados propostos nesse processo de aprendizagem e aprimoramento.

O cenário em simulação realística em saúde é uma parte integrante e fundamental para o planejamento e organização dos cursos de formação profissional, capacitação e treinamento de profissionais de saúde.

Outra estratégia comentada pelas equipes é a gamificação, utilização de jogos para tornar as atividades mais atrativas aos participantes, promovendo um ambiente de aprendizado por meio de competições, com regras e objetivos pré-definidos. No mundo da era digital e de várias transformações tecnológicas, os educadores precisam se adequar a

essas realidades e fazer com que os alunos queiram participar dessas atividades e sejam aptos a levar os conteúdos aprendidos para a prática do dia a dia⁹.

Então, a gente sempre que vai fazer um treinamento, a gente desenvolve ou algum jogo ou passamos algum vídeo e discute aquele caso, ou a gente faz uma dinâmica (Hospital 3).

A gente tem um laboratório, uma sala para a enfermagem também (Hospital 2).

A maioria das instituições de ensino tem encontrado dificuldades para engajar seus alunos utilizando os recursos educacionais tradicionais. Na sociedade em rede, a avalanche de informação disponível torna necessário encontrar novas formas de ultrapassar os métodos tradicionais de ensino, assim como outras maneiras para encantar e motivar os alunos da nova geração nas atividades educacionais. Destarte, tornar as atividades mais divertidas e gamificadas trazem engajamento a públicos diferentes. E a conexão está diretamente ligada à importância dos conteúdos, às pessoas e à forma como a aprendizagem é motivada.

Dificuldades encontradas

Segundo os relatos desses trabalhadores, são inúmeras as dificuldades encontradas, que vão desde a falta de recurso para a realização da atividade educativa até a liberação dos profissionais para a realização do treinamento.

Durante o relato das atividades, os participantes da pesquisa ressaltaram o quanto é difícil fazer com que alguns gestores entendam a necessidade e o funcionamento dos processos educacionais. Muitos acreditam que essa atividade não tem utilidade ou não vale o tempo e os recursos nela investido.

Ademais, nem sempre os serviços de educação continuada são valorizados pelas equipes de saúde ou pelas autoridades competentes.

Antigamente, não tínhamos tanta adesão, tem gerente que não acredita em treinamento, que acha que treinamento não resolve nada (Hospital 2).

O gerente de RH não tinha muito conhecimento de educação permanente, qual é a função dela e não entendia muito esse

serviço, né, ele ficava meio perdido, então eu ficava muito solta e então eu me direcionava, buscava o apoio da qualidade e da gerência de enfermagem (Hospital 1).

O ano passado inteiro eu me senti como se a educação permanente, não precisasse dela na instituição, não pela equipe de enfermagem, não pela diretoria, até porque eles não sabiam disso, mas pelo próprio gerente que a gente tinha no RH, no departamento pessoal, que era o mesmo, né, que eles não conhecem esse serviço, então, tipo assim, é como se eu não fizesse parte da equipe, entendeu? (Hospital 1).

Em contrapartida, há gestores que identificam que qualquer falha deveria ser sanada pelo treinamento, mesmo que essa falha seja resultado de falta de um equipamento adequado ou da rotina descrita não estar de acordo com a realidade.

Hoje os próprios gestores têm interesse no treinamento, então hoje, quando eu convido um parceiro, fornecedor, para trazer um conhecimento, a gente já consegue fazer um treinamento para a gestão, para os gestores, para referências, né, e eles querem participar, isso é bacana, antes isso não tinha (Hospital 2).

Tipo assim, agora que a gente começou com a nossa gerente aqui, ela começou a... já me deu direcionamento, agora a gente tá construindo tudo de novo, entendeu? Mas agora tá bem bacana, mas antes no RH a gente era muito perdida (Hospital 1).

Então a gente saiu da reunião, dando a tarefa de casa para a coordenação analisar o evento e definir a causa, e no final de tudo, nem foi realmente um problema relacionado à enfermagem, então não gerou um treinamento (Hospital 3).

Tem gestor que acha que tudo é treinamento (Hospital 2).

Às vezes, durante o próprio treinamento a gente identifica que não é falta de competência técnica ou de conhecimento, é processo. Se no início a gente não tem essa questão bem clara, às vezes a gente vai realizar um treinamento e o problema vai continuar existindo (Hospital 3).

Os profissionais responsáveis pela educação no âmbito hospitalar alegam que existem falhas do processo de trabalho que não dizem respeito aos trabalhadores que realizam a atividade, portanto, treinamentos dirigidos à atividade em si, sem que sejam feitas modificações no processo, *não surtirão o resultado desejado*. Concluem que ocorrem falhas que não são técnicas, e sim processuais, e que nesse caso um treinamento não trará a solução.

Outra dificuldade mencionada é a pouca adesão dos profissionais da enfermagem aos treinamentos. Mencionam como um grande obstáculo a ser transposto, porém confessam que compreendem os motivos, visto que a maior parte dos treinamentos tem como foco áreas assistenciais e, por vezes, o trabalhador, mesmo tendo interesse, não consegue se ausentar do posto de trabalho, seja em função de uma intercorrência, falta de pessoal ou outros motivos. A dinâmica de funcionamento de um setor assistencial acaba influenciado na liberação desses trabalhadores, o que impacta na adesão dos treinamentos.

Vou te falar, para mim educação continuada foi um divisor de águas, porque a grande dificuldade da educação continuada em qualquer lugar do planeta é adesão (Hospital 1).

A educação continuada e o treinamento não estão sozinhos. Na verdade, ele é o básico, então eu preciso saber fazer, tenho que desenvolver habilidades, desenvolver conhecimento, interesse através de treinamento, mas eu preciso também de todos os outros recursos, né? E quem vai me dar são eles, são gerentes, colaboradores, né? (Hospital 1).

Uma dificuldade também, que eu lembrei agora, que é treinar o enfermeiro, consigo treinar até o chefe dele, mas ele eu não consigo treinar, e a equipe técnica é o que mais vem para a gente. Mas o enfermeiro, eu sinto essa dificuldade, imagino que seja pela própria dinâmica do hospital, né!? É difícil sair do setor, é difícil não sei de quê (Hospital 2).

É uma dificuldade que a gente tem hoje, é um sonho na verdade, de chegar para o gestor e falar “quero que você selecione a pessoa que não tem a habilidade para isso” e ele manda essas pessoas para o treinamento (Hospital 1).

Os técnicos de enfermagem, eles não gostam de sair do setor para fazer o treinamento (Hospital 3).

E aí o nosso desafio é criar cada vez mais treinamentos que as pessoas tenham vontade de ir, vão, né. Não é porque está sendo obrigado, mas que tenha prazer (Hospital 3).

É perceptível que, à medida que a educação continuada se torna importante, são necessários recursos humanos, materiais, espaço físico e aporte financeiro para que as ações tenham sucesso e surtam efeito.

Fica claro, pelos relatos dos entrevistados, que a educação a que se referem se fundamenta nas pre-

missas da Educação Continuada, baseada em mudanças técnicas voltadas para a necessidade contínua da capacitação dos trabalhadores, partindo de um tema previamente definido. Essa visão pode ser observada na fala dos entrevistados, quando estes citam que as coordenações, junto das equipes de educação, elegem temas específicos para que sejam tratados.

É visível que os profissionais que participam dos treinamentos não realizam nenhum tipo de crítica aos processos de trabalho ou problematização de suas ações cotidianas, os treinamentos, citados nas falas dos profissionais entrevistados, possuem a função de transmitir conhecimento. Nesse contexto, os alunos não são incentivados a pensar e refletir sobre suas ações.

Além disso, os responsáveis pelas iniciativas de educação se ressentem quando ainda se deparam com visões gerenciais que se posicionam de modo sistemático pela noção de que a baixa eficiência das ações de saúde se deve exclusivamente à falta de competência dos trabalhadores que, por conseguinte, pode ser suprida por cursos e treinamentos. A própria ação educativa pelas quais são responsáveis lhe descortinou que educação é muito mais que um treinamento. E que o processo de ensino e aprendizado não é realizado com a transmissão de conhecimento,

[...] não é uma aula que muda uma realidade ou melhora o cotidiano dos trabalhadores (Hospital 3).

Diante disso, tem-se que a educação no ambiente de trabalho traz a possibilidade de reconstruir os métodos de trabalho a fim de promover a melhora do serviço realizado, de maneira que os profissionais da área da saúde possam perceber falhas de processo e trabalhar buscando melhorar o atendimento aos clientes, garantindo também direitos e qualidade aos usuários.

Salienta-se, assim, a importância da educação permanente, a fim de identificar as necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde. Ressalta-se a importância na construção de estratégias, processos e caminhos para qualificação da atenção em saúde e com objetivo de

produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população.

Foi possível perceber o empenho e a importância que a Equipe de Educação dedica às ações por eles realizadas e a satisfação que expressam em ver mudanças de comportamento e melhorias de processos acontecerem dentro de suas instituições.

É interessante ver o desenvolvimento que as equipes tiveram desde a sua criação até os dias atuais. A empolgação demonstrada por eles hoje, ao perceberem o valor de seus esforços, denota equipes altamente motivadas. Tanto que, durante vários momentos das entrevistas, mesmo comentando sobre as dificuldades encontradas, atalhavam com frases motivadoras. Descriam as ações com entusiasmo e portavam expressões faciais que demonstravam a alegria e a satisfação com o seu fazer.

CONCLUSÃO

No decorrer desta pesquisa foi possível identificar que os pressupostos da Educação Permanente diferem daqueles adotados pela Educação Continuada. Ao realizar a análise dos dados, foi possível identificar que o contexto de Educação Permanente do SUS é extremamente diferente do contexto de Educação Continuada, visto que ela possui objetivos e estratégias de ensino bem diferentes dos propostos pela PNEPS.

Aos hospitais, é atribuída uma grande quantidade de tecnologias, que se renova com muita frequência, o que leva essas instituições a garantir que seus trabalhadores estejam aptos a realizar suas atividades. Por isso, ao longo das entrevistas, pode-se observar a necessidade constante de atualização dos profissionais que trabalham nesses ambientes.

Ainda que uma compreensão apressada possa dar a entender que se trata apenas de uma designação da época para justificar a formação contínua e o desenvolvimento continuado dos trabalhadores, vale ressaltar que a EP abriga um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde, para colocar em questão a importância social do ensino e as relações da formação, trazendo, junto dos saberes técnicos e cien-

tíficos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações.

As duas propostas são importantes para o sucesso da assistência hospitalar, haja vista a rapidez com que se agrega inovações tecnológicas nesse ambiente, entretanto, torna-se importante observar sua pertinência para cada ação educativa que se pretende.

Percebe-se que a exigência da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) número 36, que trata da segurança dos pacientes, os organismos reguladores por intermédio da ANS e as instituições acreditadas, como a Organização Nacional de Acreditação (ONA), acabam por incentivar treinamentos técnicos, alegando a importância de ensinar as rotinas realizadas, repassar as RDCs e atualizar os profissionais quanto às inovações tecnológicas. No entanto, os trabalhadores não são vistos como parte do processo de aprendizagem e tampouco estimula-se o pensamento crítico.

Não se atribui juízo de valor, visto que as Equipes de Educação Profissional buscam diagnosticar necessidades junto aos gestores das áreas de assistência e/ou por meio da análise dos indicadores de produtividade e eficácia, e a partir desse material, elegem temas e preparam planejamentos anuais ou trimestrais para o desenvolvimento das atividades educativas.

Também é notável o esforço para preparação das aulas por meio de pesquisas teóricas, a criatividade envolvida na preparação de dinâmicas e jogos para a transmissão de conhecimento, visando tornar essas atividades atraentes e divertidas. Buscam, sempre que possível, estratégias metodológicas que facilitem o aprendizado, ainda que não seja baseado na vivência pregressa dos participantes, como prevê a EP.

Vale mencionar o ânimo para a realização dos treinamentos enfrentando ausências dos participantes, ainda que sejam justificadas. Também lutam com visões gerenciais que insistem em atribuir qualquer falha à habilidade dos trabalhadores, sem perceber que algumas delas dizem respeito ao processo de trabalho.

Conhecendo os pressupostos da EP e as orientações da PNPS, que desde 2004 vem incentivando e financiando atividades nela baseada, é forçoso admitir que o que está sendo realizado no âmbito das

instituições hospitalares analisadas se enquadra em ensino técnico, apoiado nas premissas da Educação Continuada – transmissão de conhecimento.

Dessa forma, tais considerações levam à reflexão sobre a formação profissional em ambientes hospitalares, forçando a admitir que tem sido realizado atualização profissional, e não exatamente um processo educativo conforme propõem a PNEPS.

Conclui-se que a educação é um método de ensino e aprendizagem que deve levar em consideração o aluno como parte principal do seu processo, no qual os educandos sejam capazes de desenvolver problematizações em torno do seu cotidiano de trabalho, propondo soluções. Sendo assim, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve ser reconhecida como um bem público e de direito da cidadania, capaz de fortalecer as ações de serviços em saúde, auxiliando os profissionais e os serviços de saúde a se desenvolverem de forma permanente, fundamentado em práticas de saúde formadas na democratização do acesso, na gestão participativa e no controle social.

REFERÊNCIAS

1. Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018 Jun; 23(6):1729-36.
2. Ferreira L, et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate* 2019 May; 43(120):223-39.
3. Oliveira IV 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. *Saúde em debate*. 2020 Jan-Mar; 44(124):47-57.
4. Justos MA, Teixeira PC, et al. Bases para diálogos e reflexões em educação permanente em saúde. *Superintendência em educação em saúde*. 2018 Jan-Mar;44(124):47-57.
5. Bahia L, Scheffer M. SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. *Saúde em Debate*. 2018 Nov; 42(spe3):158-72.
6. Bahis L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Caderno de Saúde Pública*. 2018; 34(7):1-16.
7. Araujo IMM, Nascimento DF, Pereira AM. Regulação em saúde no setor privado: o caso da ANS no Brasil e da ERS em Portugal. *Physis*. 2018; 28(4):1-22.
8. Silva A, Castro-Silva CR, Moura L. Pesquisa qualitativa em saúde: percursos e percalços da formação para pesquisadores iniciantes. *Saúde soc*. 2018 Apr-Jun; 27(2):632-45.

9. Bonfim Junior ER, Monteiro RS. Jogos digitais como ferramenta de aprendizagem na área de saúde: uma revisão. Internet]. Disponível em: <https://doity.com.br/media/doity/submissoes/5cd9baf7-d7ac-410b-9c86-388b43cda1d7-jogos-digitais-como-ferramenta-de-aprendizagem-sobre-o-combate-e-a-prevencao-de-uma-epidemiapdf.pdf>.

DECLARAÇÕES

Contribuição dos autores

Concepção: KSS. Investigação: KSS. Metodologia: KSS, MDA. Coleta de dados: MDA. Tratamento e análise de dados: KSS. Redação: MDA. Revisão: KSS, MDA. Aprovação da versão final: KSS, MDA.

Financiamento

O artigo contou com financiamento próprio.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Aprovação no comitê de ética

O presente estudo foi submetido à Plataforma Brasil para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa, sendo aprovada por meio do CAE 07890819.0.0000.5061.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

Editores responsáveis

Carolina Fiorin Anhoque, Blima Fux.

Endereço para correspondência

Rua Professor Heráclito Pereira, 238, Santa Tereza, Vitória/ES, Brasil, CEP: 29026-855.