

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

ANA CLAUDIA CORREA DE ALMEIDA

**A CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A
FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE**

MARÍLIA

2013

Ana Claudia Correa de Almeida

**A Contribuição da Educação Permanente para a Formação de Profissionais na
Área da Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em “Ensino em Saúde”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Ensino em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ieda Francischetti.

Marília

2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

Almeida, Ana Claudia Correa

A contribuição da educação permanente para a formação de profissionais na área da saúde / Ana Claudia Correa de Almeida. - - Marília, 2013.

83 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) – Faculdade de Medicina de Marília.

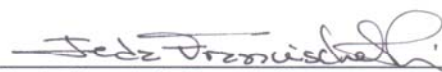
1. Educação em saúde. 2. Apoio ao desenvolvimento de recursos humanos. 3. Assistência à saúde. 4. Aprendizagem. 5. Estudantes.

Ana Claudia Correa de Almeida

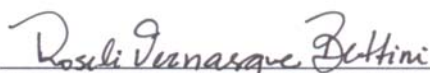
A contribuição da educação permanente para a formação de profissionais na área da saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre em Educação em Saúde

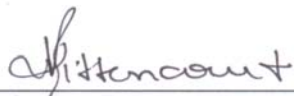
Comissão Examinadora:



Profa. Dra. Ieda Francischetti
Faculdade de Medicina de Marília



Profa. Dra. Roseli Verrasque Bettini
Faculdade de Medicina de Marília



Profa. Dra. Renata Aparecida de Camargo Bittencourt
Faculdade de Medicina – Unesp/Botucatu

Data de aprovação: 24 julho 2013

Ao meu esposo, Fabio Stefano de Almeida, pela compreensão, que pacientemente tem suportado minha rotina de trabalho e me encorajou a seguir adiante com este estudo.

Aos meus filhos, Jaqueline e João Paulo, que me ensinaram diariamente sobre o potencial e a essência humana.

Aos meus pais, Hildei Maris de Almeida e Cleuza Correa Dias de Almeida, responsáveis pela minha existência.

À minha irmã, Adriana Correa de Almeida, pelo estímulo e apoio.

À minha sogra, Maria José Borges, por acreditar no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Ieda Francischetti, pela oportunidade, paciência, por compartilhar sua experiência e pelo trabalho de orientação. Tenho hoje orgulho de me chamar sua orientanda. Obrigada pelo aprendizado e pela oportunidade de estar perto de você.

Aos meus amigos: Ana Laura Rabelo e Silvana da Silva, que contribuíram para o desenvolvimento do pré-projeto; Célia Nóbrega, pela contribuição como facilitadora; Silvania Carnielli, pela amizade e companheirismo; Margarete Maruski, pela contribuição com suas palavras sábias; Francisca da Cruz, pela compreensão e paciência com meus filhos; Creuza Batista, por acolher meus filhos proporcionando cuidado e segurança.

Aos alunos, pela dedicação e espontaneidade.

E, sobretudo, a Deus, que me encheu de inspiração e me permitiu ter as crenças e valores para chegar até aqui.

“Tenho pensamentos que, se pudesse revelá-los e fazê-los viver, acrescentariam nova luminosidade às estrelas, nova beleza ao mundo e maior amor ao coração dos homens”. (Fernando Pessoa)

RESUMO

O presente estudo vislumbrou, por intermédio da Educação Permanente, potencializar integrações e melhorias na formação profissional e favorecer a inserção e a proatividade dos estudantes no mundo do trabalho. Constituiu-se de uma proposta de Educação Permanente que envolveu estudantes, estagiários, de diferentes cursos da área da saúde; desenvolvida por meio de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualiquantitativa e análise signo-discurso-interpretante. Esta estratégia de formação em processo teve como delineamento atividades em pequenos grupos, segundo o referencial de grupo operativo, utilizando-se da problematização baseada em incômodos emergentes da realidade do trabalho em saúde. A fundamentação teórica compreendeu o eixo conceitual da Integralidade do Cuidado em Saúde, do Trabalho em Equipe Interdisciplinar e da Humanização do Cuidado. Os resultados demonstraram que as atividades de Educação Permanente – desenvolvidas com os estudantes de diferentes áreas profissionais da saúde – permitiram romper o limite disciplinar e de especialidade, centralizaram seu processo educativo na construção das diretrizes do SUS e missão institucional e fortaleceram o cuidado em saúde.

Palavras-chave: Educação em saúde, Apoio ao desenvolvimento de recursos humanos, Assistência à saúde, Aprendizagem, Estudantes.

ABSTRACT

This study aimed through Permanent Education, strengthen integrations and improve the professional training, promoting proactive students in the workplace. It has consisted a Permanent Education proposal, involving students from different courses in health care area. It was developed through an exploratory study based on qualitative and quantitative approach and discourse-sign-interpretant analysis. This strategy was delineated as small groups activities second the Operative Group technique. It was utilized the problematization of the situations originated of the health real world. The theoretical basement included the conceptual axis of Integrality of Health Care, the Interdisciplinary Teamwork and Humanization of Care. The results showed that the developed Permanent Education activities – conducted with students from different health care areas- allowed them to crossing boundaries of disciplines and specialties, to centralize their educational process in the construction of the Unified Health System (UHS) guidelines and institutional mission and to strengthen their actions of health care.

Keywords: Health Education. Training Support. Delivery of Health Care, Learning. Students.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição por curso	27
Figura 2 - Desistência por curso	28
Figura 3 - Distribuição da frequência	28

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - DSC: Como você compreende a Integralidade do Cuidado no SUS? Exemplifique-os	31
Quadro 2 - DSC: Qual o significado do Trabalho em Equipe Interdisciplinar?	34
Quadro 3 - DSC: O que você entende por Humanização na área da saúde?	36
Quadro 4 - DSC: Qual a sua compreensão sobre Educação Permanente?	37
Quadro 5 - DSC: Em relação às atividades desenvolvidas no grupo faça seu comentário	39
Quadro 6 - DSC: Faça seu comentário sobre os assuntos discutidos	41
Quadro 7 - DSC: Faça seu comentário em relação às facilitadoras das atividades	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEEP	- Centro de Estudo de Educação Permanente
DSC	- Discurso do Sujeito Coletivo
EP	- Educação Permanente
EPS	- Educação Permanente em Saúde
ESF	- Estratégia Saúde da Família
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PNEPS	- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	- Programa de Saúde da Família
Sudene	- Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
SUS	- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Histórico da Educação Permanente	13
1.2 A Integralidade	18
1.3 Trabalho em Equipe Interdisciplinar enquanto Espaço de Compartilhamento e Superação	20
1.4 Humanização na Área da Saúde	20
1.5 A Formação Profissional e a Prática Profissional	20
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos Específicos	23
3 METODOLOGIA	24
3.1 Local do Estudo	24
3.2 Organização da Atividade	24
3.3 Sujeitos da Pesquisa	25
3.4 Consentimento Livre e Esclarecido	25
3.5 Coleta de Dados	25
3.6 Análise dos Dados	26
4 RESULTADOS	27
4.1 Resultados Quantitativos	27
4.2 Resultados Qualitativos	29
4.2.1 Questionários	29
4.2.2 Avaliação das atividades de EP	38
5 DISCUSSÃO	43
5.1 Metodologia do Estudo	43
5.2 Resultados Quantitativos	47
5.3 Resultados Qualitativos	48
5.3.1 Questionários	48
5.3.1.1 Integralidade do Cuidado	49
5.3.1.2 Trabalho em Equipe Interdisciplinar	51
5.3.1.3 Humanização na área da saúde	53

5.3.1.4 A compreensão sobre EP	54
5.3.2 Avaliação das atividades de EP	55
6 CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	65
ANEXO	82

1 INTRODUÇÃO

1.1 Histórico da Educação Permanente

Ao se pesquisar a procedência da expressão “Educação Permanente” (EP), enquanto proposta pedagógica, seu registro remonta ao início do século XX, como educação de adulto. Contudo, foi notadamente após a Segunda Guerra que ocupou seu espaço, nessa conjuntura, na capacitação profissional voltada à industrialização. Assim, junto ao incremento tecnológico, a Educação Permanente ganhou *status* de formação em serviço, com o propósito de alavancar o desenvolvimento educacional e econômico, conforme relata Santana:

[...] foi possível tomar conhecimento do livro de Schwartz (1976) que trata da Educação Permanente (EP) enquanto proposta que surgiu e se desenvolveu principalmente na Europa dos anos sessenta sob os auspícios dos organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência, e a Cultura (UNESCO), a Fundação Europeia de Cultura, e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Destacam-se a UNESCO que criou a Comissão Internacional sobre Desenvolvimento da Educação que estimulou a propagação e o fortalecimento da EP, e a Fundação Europeia de Cultura por ter sido responsável pelo Plano Europa 2000, no qual o relatório Schwartz (1976) foi inserido[...].

A EPS foi influenciada pela EP no tocante às diretrizes de organização de um sistema aberto e marcado pela co-gestão.⁽¹⁾

Segundo a referida autora, esses acontecimentos contribuíram para a atual política de educação permanente em saúde, ao reforçarem os processos de participação social, descentralização e regionalização defendidos pelo Projeto da Reforma Sanitária e implementados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, tal influência não se deu no tocante à perspectiva ideológica, uma vez que a proposta de EP acima descrita trazia forte caráter ideológico liberal. Nela, a Educação ocupou o posto de redenção social num modelo pedagógico tradicional, ao passo que a educação permanente em saúde é marcada pelos princípios pedagógicos delineados por Paulo Freire.⁽¹⁾

Neste contexto, a política neoliberal, ao mesmo tempo que abria espaço para a capacitação profissional e discursava a importância do desenvolvimento humano; também visava uma maior e melhor produtividade no mercado com pouco espaço para a real formação humanizada e cidadã.

Seguindo o propósito de desenvolvimento para todos, em finais da década de 60, vários documentos oficiais brasileiros, entre eles da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (Sudene) trouxeram a proposta de implementação de EP bastante influenciada pela fundamentação teórica trabalhada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), contudo, estreitada pela ditadura militar.

Assim, a rede político-econômica guardou interface e teceu boa parte dos caminhos da educação e da saúde no Brasil.

Durante a década de 70, o Banco Mundial passou a influenciar o setor da saúde com suas análises, direcionando-o em trabalho conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a OPAS, para a implantação de políticas neoliberais. Destacou-se, então, o modelo médico preventivista/comunitário desenvolvido naqueles anos. E, em seu interior, fruto de discussões acadêmicas, nasceu o movimento da reforma sanitária que se fortaleceu agregado a movimentos sociais configurando-se num vigoroso movimento político. A formação de recursos humanos embasada no modelo de educação continuada tornou-se ponto relevante para o avanço da reforma sanitária. Contudo, a educação continuada, cujas bases pedagógicas eram da educação bancária, verticalizada, demonstrou-se frágil para alavancar a necessária mudança de paradigma na saúde, assim, o crescimento econômico neoliberal nos anos 80 impulsionou o Banco Mundial a se colocar claramente com relação à saúde ao que a OMS/OPAS retomou a importância de rever e redirecionar a formação de recursos humanos e seu papel.⁽²⁾

A OPAS, na década de 80, discutia a débil situação dos serviços públicos de saúde em países da América Latina e o distanciamento dos Estados com sua responsabilização, configurando-se uma verdadeira ruptura destes com a sociedade civil. Entendeu, assim, a educação como vetor capaz de reaproximar este compromisso social por meio da melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção produzida. Neste sentido, a OPAS iniciou, em 1984, a orientação de uma linha de trabalho denominada *Educación Permanente en Salud*, mas, aqui, de posse do conceito ampliado de EP (valorizando o fazer, a construção, a motivação e a satisfação do ator), com uma maior percepção dialógica voltada para uma política cidadã, atuando na interlocução entre o trabalho e a educação e com os processos comunicacionais das instituições. Neste âmbito, passou-se a entender o sentido de qualidade. Desse modo, as discussões partiram da compreensão de qualidade enquanto fruto de processos de trabalho, não como algo concreto dependente de

alta especificidade, mas como resultante de uma complexa rede de diferentes ações, de diferentes atores e seus significados. Esta nova visão trouxe, em si, uma proposta de gestão que valorizava o trabalhador em saúde e o seu trabalho. Além disso, reconhecia o papel nuclear dos profissionais no contexto institucional, estimulava sua participação, abria espaços de escuta e fala, reconhecia a criatividade e iniciativa do trabalhador, colocando-o como ator e responsável pelo trabalho.

Seus objetivos eram: reconstruir vínculo de respeito que fosse eficaz e garantisse responsabilidade entre a população e os trabalhadores, tanto individual quanto coletivamente; possibilitar condições institucionais para negociação e resolução de conflitos; e colaborar para a melhoria e monitoramento permanente dos serviços e da qualidade da atenção em saúde.

Tratava-se de um aprofundamento nas relações da produção do cuidado, que possibilitava a gestão coletiva acerca do trabalho necessário para o desenvolvimento adequado de ações imprescindíveis aos resultados almejados e implícitos na missão institucional, envolvendo, portanto, as diferentes categorias de profissionais e os diversos momentos resultantes desta construção (atenção, cuidado). Consideravam-se, também, as relações pessoais como aspectos importantes tanto para o trabalho cooperativo e em equipe como também no que se referia às questões cognitivas, à reflexão das práticas.⁽³⁾

No Brasil, as ideias neoliberais nortearam a reforma administrativa do Estado, entre elas a descentralização da prestação de serviços e o posicionamento deste no papel de regulador e promotor, solicitando-se estreita parceria entre o Estado e a sociedade, o que, em última instância, se de um lado inseriu a sociedade civil no debate, de outro levou a um enfraquecimento da abordagem universalista pela redução do alcance das políticas públicas.

Assim, em 1994, a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) teve como objetivo reorganizar a assistência à saúde e a Estratégia de Saúde da Família passou a figurar como possibilidade de consolidação do SUS.

Neste contexto, as práticas em saúde, colocadas em proximidade concreta com as necessidades de cuidado da população, solicitaram uma abordagem dialógica entre a educação e o trabalho que garantisse mais que a qualidade do cuidado, a capacidade de protagonismo dos profissionais neste cenário, considerando, aqui, não só o repertório cognitivo e técnico mas, sobremaneira, aquele reflexivo, afetivo e atitudinal que lhes possibilitassem novas incursões na realidade.

A EP passou a ser uma opção teórico-conceitual com grande potencialidade de responder a esta demanda, contudo, salientaram Motta et al.:

[...] essas novas referências favorecem o deslocamento de ações pedagógicas para o espaço de realização do trabalho, onde a rubrica de educação permanente aparece como mediadora importante. Essa opção, no entanto, requer ações de caráter estratégico para a obtenção de impacto no sistema como um todo⁽⁴⁾.

Consideram, ainda, que “[...] é preciso reconhecer que esses processos operam sobre relações de trabalho enquanto relações sociais, que envolvem diferentes atores, com diferentes intencionalidades, concretizando-se portanto, em um trabalho imerso em conflitos”.⁽⁴⁾

Desta forma, pode-se entender que “A EPS foi influenciada pela EP no tocante às diretrizes de organização de um sistema aberto e marcado pela co-gestão”.⁽¹⁾

Assim, em 2003 por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;

[...] propõe-se, portanto, que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.⁽⁵⁾

Por meio da Portaria nº 198, de 13 fevereiro de 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Entendeu-se que:

A Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e a atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde; [...] realiza a agregação aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva [...]⁽⁶⁾

A PNEPS obteve suas diretrizes para implementação em 20 de agosto de 2007, segundo a Portaria GM/MS nº. 1.996, retomando o pactuado na “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Polos de Educação Permanente em Saúde”, que veio fortalecer as políticas loco-regionais, com a finalidade de considerar a diversidade e necessidade de cada região e a viabilização de prioridades, ações coletivas e colegiadas, articulação de diferentes setores, embasadas em planejamento, acompanhamento e avaliação de suas estratégias⁽⁷⁾.

Em consonância, Davini⁽⁸⁾, ao reconhecer a EP como uma ferramenta ativadora de transformações institucional e pessoal em prol de um cuidado de qualidade, propõe uma sequência pedagógica para o desenvolvimento da mesma. “Para desenvolver-se, a estratégia tem a problematização como eixo em que se integram as diversas ações específicas”. Desse modo, sintetizou na seguinte ordem como problematizar as práticas: identificar problemas; ampliar o conhecimento; desenvolver competências específicas e da equipe; buscar soluções, colocá-las em prática e avaliá-las.

O marco conceitual desta política buscou referencial que garantisse a implicação dos sujeitos na reflexão e indagação acerca da sua inserção na realidade e no processo de construção de cuidados em saúde. Considerou-se, assim, o pressuposto da Aprendizagem Significativa⁽⁹⁾ que assegura a valorização e a retomada das experiências prévias coletivas e individuais para a construção do conhecimento, tanto para que o cuidado em saúde seja diferenciado e de qualidade quanto para que o cuidador nele se realize.

O curso de facilitadores de Educação Permanente para o SUS, aponta em seu livro *Unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*, instrumentais teóricos denominados “caixa de ferramentas”, que podem contribuir para a implementação de experiência de EPS. Com o objetivo de pensar, refletir e transformar as práticas coletivas de saúde e ao encontro de um cuidado integral, propõe o uso de rede analisadora do processo de trabalho, rede explicativa de problemas e nós-críticos e rede de cogestão de coletivos.

A primeira permitiria reconhecer como as atividades do processo de trabalho são produzidas e qual sua finalidade, bem como os problemas ou incômodos na forma de organização do processo de trabalho. Após a identificação do problema,

torna-se possível caracterizá-lo com suas origens e implicações. Como passo seguinte, a rede de cogestão de coletivos favorece a participação democrática dos sujeitos na organização do trabalho.⁽¹⁰⁾ Ressalta-se, contudo, a aprendizagem significativa como indispensável à Educação Permanente, e a problematização, como seu pilar central⁽¹⁰⁾. Assim, também o perfil adequado do facilitador é de grande importância; ele deve possuir habilidades para trabalhar em grupo e de assegurar a construção coletiva do conhecimento.

Diante do grande investimento realizado pelo Estado para a efetivação do SUS, tendo a PNEP como instrumento gestor e pedagógico, notam-se desafios a serem superados, a saber:

- A compreensão efetiva da fundamentação teórica desta política pública.
- A capacitação cartesiana de seu corpo de facilitadores e tutores que não exploram sua criatividade e não consideram a historicidade dos diversos e diferentes contextos de vida e trabalho que permeiam a sociedade.
- A dificuldade de promoção de multiplicadores e de construção de vias de comunicação entre setores e níveis de atenção em saúde para a gestão compartilhada e regionalizada⁽²⁾.

Desta sorte, vários investimentos foram feitos para capacitação dos profissionais e, em especial, para sensibilizar trabalhadores e comunidades para uma nova organização das práticas, nas quais a Integralidade, o Trabalho em Equipe Interdisciplinar e a Humanização na área da saúde constituíssem eixo estruturante.

1.2 A Integralidade

A Integralidade é compreendida pelas diretrizes constitucionais como eixo norteador da atenção à saúde, mas também pode ser considerada como eixo da gestão setorial e da formação dos profissionais de saúde, permitindo a transformação do projeto educativo e o surgimento de novas práticas pedagógicas⁽¹¹⁾. Do ponto de vista do conhecimento, não é na estrutura formal que se possa encontrar a expressão de sua qualidade, mas nas suas operações, interações, desafios e oportunidades.

Diante da predominância do modelo tecnicista, no qual o cuidado e a atenção integral à pessoa, na maior parte das vezes, ficam em segundo plano, observa-se que os avanços tecnológicos são utilizados mais como meios eficazes para aumentar o distanciamento da relação profissional de saúde-paciente e menos como potentes meios investigativos de apoio. Apesar de seu incontestável valor, este enfoque afasta-se das concepções humanísticas de saúde.

Na realidade, atender à Integralidade do Cuidado suscita considerar o acolhimento pelos profissionais de saúde das diferentes necessidades dos usuários. Assim, ressalta-se a importância do uso preciso e articulado de um conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades para a oferta deste cuidado. Deve-se considerar que, neste contexto, também o estabelecimento de vínculos, a responsabilização pelo usuário, o acolhimento e escuta, o emprego de conhecimentos específicos de cada profissão, sem a supremacia, *a priori*, de uma outra tecnologia. Trata-se de: “[...] Atender aos aspectos orgânicos, emocionais, sociais e espirituais envolvidos no processo de adoecimento dos pacientes dentro de uma contextualização social”⁽¹²⁾.

Este é um longo caminho que requer investimento contínuo em recursos materiais e humanos para se promover um sistema capaz de garantir à população uma atenção de elevada qualidade e com abordagem integral.

Reconhecer a necessidade de transformação, criar novos conceitos e explorar práticas inovadoras são elementos indispensáveis, mas não suficientes para superar conceitos e práticas socioculturais instaladas, dentro e fora das instituições formadoras, serviços de saúde e no ideário da sociedade.

É necessário suplantar “a visão de organização hierarquizada que tem por finalidade atender às demandas em saúde, para uma organização em rede de cuidados que permitam a ampliação da autonomia e co-responsabilidade do sujeito por sua saúde e modo de vida”⁽¹³⁾.

Assim, entende-se que uma política para mudança tem, efetivamente, que ser capaz de ir além das declarações de intenções e da existência formal de propostas, e convocar o pensamento crítico e o compromisso de todos os atores (docentes, estudantes, gestores de saúde, de educação, conselheiros de saúde e movimentos sociais), bem como oferecer possibilidades de interferência real no processo de formação profissional.

1.3 Trabalho em Equipe Interdisciplinar enquanto Espaço de Compartilhamento e Superação

A lógica disciplinar foi instituída no século XIX e traz em seu bojo o sentido de autonomia, autosuficiência. A conduta hiperespecializada pode incorrer na coisificação do objeto de estudo e na consolidação da ideia de propriedade que cerca a dimensão em questão e a isola, “protege”, de qualquer outra influência. As rupturas destas clausuras só se tornam possíveis por meio de superações ou transformações que ocorrem quando se permite a conjunção de um novo esquema cognitivo. Neste caso, novas hipóteses podem comunicar, articular disciplinas separadas e conduzir a uma religação, novos significados e práticas⁽¹⁴⁾. Daí a potencialidade das equipes interdisciplinares que já trazem, em si, o primeiro movimento, o de se colocarem lado a lado, despidas de proprietários, para esta problematização e construção de novos sentidos e possibilidades.

1.4 Humanização na Área da Saúde

Humanização, entendida como base ética e uma política formadora na atenção e gestão em saúde, apoia-se em diálogo, participação, respeito mútuo e cooperação entre os trabalhadores da saúde. Valoriza a comunicação, capacidades técnico-científicas e constituição de vínculos entre profissionais, serviços e comunidade para a apreensão das subjetividades dos usuários e postura ativa e inovadora das equipes de saúde⁽¹⁵⁾.

Na realidade, para atender à Humanização na área da saúde, é preciso buscar subsídios que modifiquem as relações do trabalho. É necessária a participação dos trabalhadores e usuários na decisão do serviço de saúde e fortalecimento do protagonismo dos sujeitos. Daí a importância de valorizar a discussão, a problematização e a troca de experiências entre os atores para a transformação dos mesmos e das práticas bem como dos serviços de saúde.

1.5 A Formação Profissional e a Prática Profissional

Na sociedade ocidental, a formação profissional inicia-se, em muitos casos, no ensino médio, técnico, superior e se estende ao longo da permanência da pessoa no processo de trabalho. Dá-se, portanto, ao longo de toda a vida.

A formação profissional, embora fruto de um processo de aprendizagem (métodos, currículos, conteúdos), também é reflexo das relações constituídas nos espaços de aprendizagem, sobretudo nas relações sociais.

Ao se considerar a Política Nacional de Saúde e a tentativa de confluir ações que assegurem a formação de profissionais competentes, crítico-reflexivos, inseridos na prática de sua loco-região com a existência de serviços igualmente qualificados para a atenção e os cuidados em saúde, encontra-se programas altamente compromissados com este propósito, tanto na área da saúde, quanto na educação.

Na primeira, salientam-se os esforços para a sustentação da PNEPS e da Estratégia Saúde da Família (ESF). Já, na segunda, nota-se grande estímulo por meio dos financiamentos que proporcionaram mudanças curriculares nos cursos na área da saúde e a implementação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem em muitas instituições. Estas ações, reconhecidamente, têm favorecido a formação de profissionais mais afetivos e com melhor capacidade de comunicação, organizacional e técnica⁽¹⁶⁾. Contudo, nos estágios e internatos, prevalece a ambiguidade marcada pela imensa desintegração entre a teoria e a prática, o fazer reflexivo e aquele automatizado e reprodutivo⁽¹⁶⁾.

No Hospital Regional de Assis, instituição estadual que atende à IX Diretoria Regional de Saúde do Estado de São Paulo, há três anos, é desenvolvido um programa de EP ligado ao Centro de Estudo de Educação Permanente (CEEP), com funcionários inseridos em diferentes setores⁽¹⁷⁾. Este trabalho tem contribuído sensivelmente para a melhoria das relações interpessoais e dos processos de trabalho, elevando a autoestima, o compromisso e, ainda, proporcionando maior *empowerment*¹ de seus participantes⁽¹⁹⁾.

Por outro lado, nesta instituição, são oferecidos estágios para estudantes de diversas profissões na área da saúde. Estes acadêmicos desenvolvem seu aprendizado de forma tradicional. Atuam conforme uma reprodução acrítica das práticas vivenciadas e sem a garantia de espaços para construções reflexivas e fortalecimento do acolhimento, protagonismo, além de responsabilização junto às suas ações em saúde.

Considerando-se este contexto, pergunta-se: Poderá a EP favorecer a inserção e a proatividade dos estudantes no mundo do trabalho? Potencializar

¹ O movimento de empowerment é consequência de uma evolução nas concepções de autonomia e responsabilidade dos indivíduos, e de uma maior consciência dos mecanismos de discriminação e exclusão que se geram na sociedade⁽¹⁸⁾.

integrações e melhorias na formação profissional e na atenção às necessidades de saúde das pessoas?

O propósito de se superar tais fragilidades na formação e na prática profissional, inovar e buscar novas alternativas apontou para a possibilidade de se utilizar a estratégia de EP junto aos estudantes em campo de estágio uma vez que: “Mudanças no ensino não se esgotam no currículo: são o compromisso das instituições formadoras com o Sistema de Saúde”⁽²⁰⁾.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Sistematizar metodologia de EP que envolva acadêmicos dos cursos de Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia em grupos de discussão sobre processo de trabalho na instituição de saúde onde estão inseridos como estagiários.

2.2 Objetivos Específicos

- Desenvolver atividades de EP pautadas na metodologia proposta;
- Estabelecer mediação das atividades com base nos eixos teóricos da Integralidade, da Humanização na área da saúde e do Trabalho em Equipe Interdisciplinar;
- Promover a reflexão sobre as práticas de trabalho na instituição em que estão inseridos;
- Desenvolver a comunicação entre os indivíduos da equipe multiprofissional e
- Sensibilizar para o envolvimento e responsabilização para com o usuário.

3 METODOLOGIA

Este trabalho foi constituído por uma pesquisa de campo caracterizada por estudo exploratório descritivo com abordagem qualiquantitativa e análise signo-discurso-interpretante^(21,22,23).

A pesquisa de campo foi direcionada a indivíduos, equipes, grupos, comunidades, associações, entre outros espaços com o propósito de clarear aspectos, obter informações ou dados que contribuam para seu entendimento, de suas interfaces e de novos achados. Foi desenvolvida em três fases: a primeira, em que se promove o aprofundamento teórico com o elemento de estudo, planejamento e organização deste; a segunda, na qual são desenvolvidas as atividades propostas e coletados os dados; e a terceira fase, em que se realiza a análise e interpretação dos achados⁽²⁴⁾.

Cabe lembrar que o estudo exploratório tem o propósito de estudar e ampliar a compreensão de um tema ou situação ainda pouco conhecida, ao passo que o estudo descritivo tem o objetivo de descrever eventos, conjunturas, aspectos individuais, coletivos ou outro elemento que se deseja analisar⁽²⁵⁾.

3.1 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada em uma instituição hospitalar pública, Hospital Regional de Assis, o qual presta atenção em saúde para uma população de 500.000 habitantes e está localizado na região oeste do Estado de São Paulo.

3.2 Organização da Atividade

Foi desenvolvida uma proposta de atividades de EP que envolveu estudantes, estagiários, de diferentes cursos da área da saúde presentes na mesma unidade hospitalar. Os encontros ocorreram semanalmente, com duração de duas horas cada e contaram com a participação do mesmo grupo de alunos pelo período de seu estágio (10 semanas). A pesquisa foi realizada com dois grupos distintos de participantes, um no primeiro e outro no segundo semestre de 2012.

Esta estratégia de formação em processo e construção de conhecimentos teve como delineamento atividades em pequenos grupos^(26,27,28), de acordo com o referencial de grupos operativos^(29,30), utilizando-se da problematização⁽³¹⁾ com base nos incômodos emergentes da realidade do trabalho em saúde e teve como fundamentação teórica o eixo conceitual da Integralidade⁽³²⁾, do Trabalho em Equipe Interdisciplinar⁽³³⁾ e da Humanização na área da saúde^(32,34).

3.3 Sujeitos da Pesquisa

O estudo teve como sujeitos, acadêmicos de Fisioterapia (8), Psicologia (6), Enfermagem (8) e Serviço Social (1), com formação em instituições de ensino cujas estruturas curriculares eram disciplinares, suas metodologias de ensino eram a tradicional e que estavam realizando estágio na unidade hospitalar já citada.

A participação dos estudantes foi voluntária e a oferta de vagas foi proporcional ao número de estagiários de cada curso, totalizando 23 estudantes, subdivididos em dois grupos.

3.4 Consentimento Livre e Esclarecido

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos, foram observados os aspectos éticos disciplinados pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A)

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília em 05/12/2011, protocolo 1431/11 (Anexo A).

3.5 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado, contendo questões abertas, denominado pré-questionário (Apêndice B) e pós-questionário (Apêndice C), e foram aplicados aos estudantes que participaram do programa até sua finalização, respectivamente, antes do início de sua participação nas atividades de EP e após o término das mesmas.

Considerando-se a importância da avaliação da própria atividade, (estratégia de EP proposta), para seu balizamento e aperfeiçoamento e em atenção à concepção de autodescrição da realidade⁽²³⁾, ao final também aplicou-se um formato avaliativo com questões abertas sobre as mesmas (Apêndice D).

3.6 Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram relacionados à amostra, para caracterização dos sujeitos e da participação nos grupos e analisados por meio de estudo estatístico descritivo.

O processo de análise e tratamento dos dados relativos aos questionários foi realizado segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), análise esta baseada no conteúdo linguístico do pensamento coletivo, entendendo-o como a integração dos discursos apresentados pelos sujeitos que participaram dos grupos; trabalhada com base nos seguintes operadores: Expressões-Chave, Ideias Centrais, Ancoragens⁽³⁵⁾. A técnica do DSC foi realizada com o auxílio do *software* “Qualiquantisoft”⁽³⁶⁾.

4 RESULTADOS

4.1 Resultados Quantitativos

Os resultados quantitativos foram apresentados de forma objetiva pois contribuíram para a caracterização da amostra. Os respectivos gráficos e tabelas encontram-se nos apêndices correlacionados.

Quanto ao sexo dos participantes da pesquisa, verificou-se maior predominância do sexo feminino (74%), uma vez que, dos 23 participantes, 17 foram mulheres e 6 foram homens (Apêndice E).

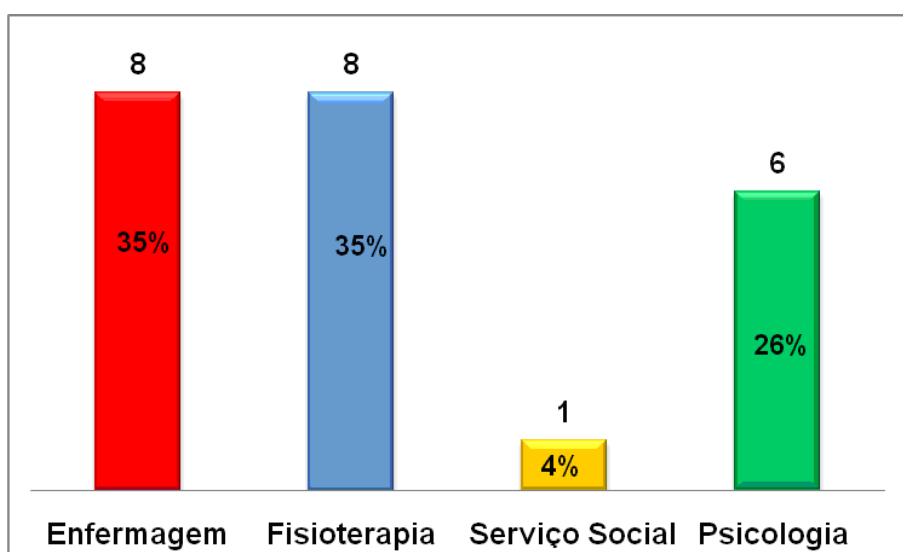
Os acadêmicos tinham idade média de 24 anos e 6 meses com o desvio-padrão de 5,27 (Apêndice F). Entre eles, 16 alunos (70%) procediam de instituição privada de ensino e 7 de pública (Apêndice G).

A maioria dos entrevistados, 19 alunos (83%), não possuíam curso técnico anterior e 4 possuíam (Apêndice H).

Verificou-se também que 4 estudantes (17%) trabalhavam ou já tinham trabalhado na área da saúde (Apêndice I).

Observou-se que 70% dos acadêmicos pertenciam ao curso de Enfermagem e Fisioterapia, 26% ao curso de Psicologia e 4% ao curso de Serviço Social, conforme indicam a Figura 1 (abaixo) e Tabela 6 (Apêndice J).

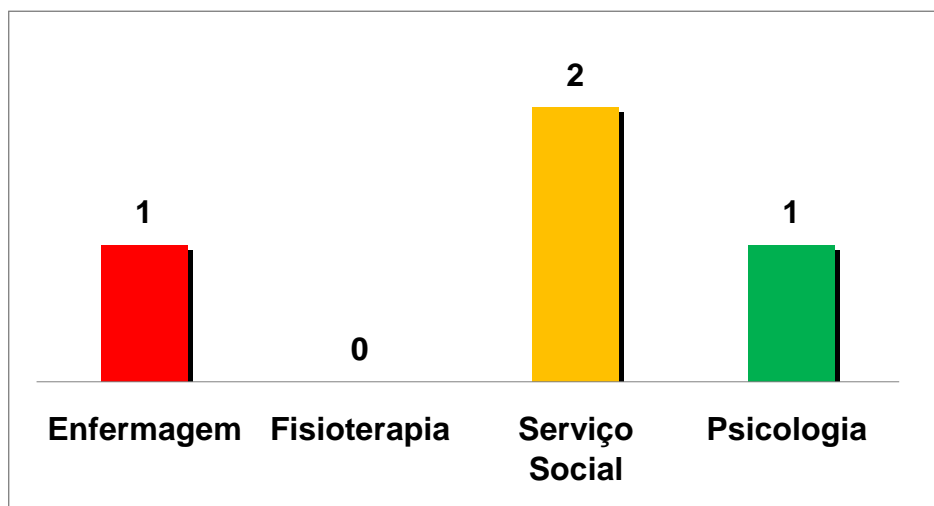
Figura 1 - Distribuição por curso



Fonte: A Autora.

A porcentagem de desistência dos participantes por curso foi 67% Serviço Social, 9% de Enfermagem, 14% de Psicologia e 0% no curso de Fisioterapia, conforme Figura 2 (abaixo) e Tabela 7 (Apêndice K).

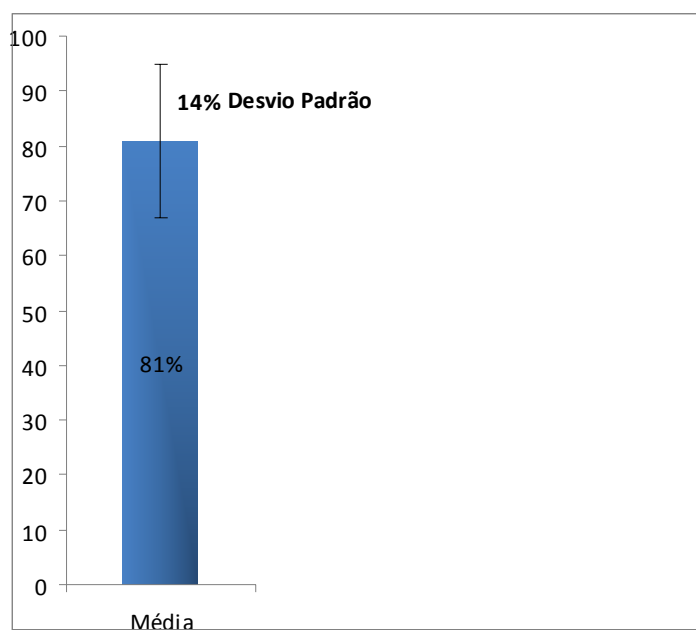
Figura 2 - Desistência por curso



Fonte: A Autora.

As frequências dos estudantes nas atividades foram calculadas e notou-se que a média de frequência foi 81% e o desvio-padrão registrado 14%, conforme a Figura 3 (abaixo) e Tabela 8 (Apêndice L)

Figura 3 - Distribuição da frequência



Fonte: A Autora.

As Figuras e Tabelas 09 e 10 são complementares, referentes aos dados das ausências dos estudantes e encontram-se nos Apêndices M e N.

4.2 Resultados Qualitativos

4.2.1 Questionários

Os resultados do DSCs, relativos às respostas dos acadêmicos ao pré e pós-questionário, respectivamente, antes e após a participação no programa de EP, encontram-se descritos nos Quadros 1, 2 e 3, de forma a permitir a leitura comparativa. Os quadros 4, 5, 6 e 7 trazem os DSCs e categorias relacionadas ao momento posterior às EPs.

Foram elaborados DSCs para cada categoria das Ideias-Centrais. Esta categoria foi representada por números cardinais.

Conforme foi possível identificar, na leitura do Quadro 1, boa parte dos DSCs dos acadêmicos, nos momentos pré e pós EPs, se desenvolveram em torno de temas coincidentes. Nos dois grupos realizados, observou-se diferença entre o discurso do questionário de pré-participação e de pós-participação. No questionário de pré-participação, o discurso se apresentou com um material verbal pouco fundamentado, denotando superficialidade, uma compreensão embasada no senso comum, sem apropriação do conhecimento prático-teórico e da dimensão epistemológica; ao passo que no questionário de pós-participação, o discurso mostrou-se mais consistente, apresentou maior complexidade e elaboração, trouxe mais significados.

“Como você compreende a Integralidade do Cuidado no Sistema Único de Saúde? Exemplifique-os.”

No DSC-1 do pré-questionário observou-se uma percepção técnica e reducionista:

“[...] A Integralidade compreende a união de diversas áreas de atenção à saúde como a atenção primária, secundária e terciária, assim é possível desenvolver ações práticas sem fragmentar o cuidado bem como garantir o consumo das tecnologias de saúde disponíveis [...]”

Já no DSC-1 do pós-questionário, notou-se a presença de identidade nos sujeitos (atores) e maior cumplicidade:

“[...] é respeitar a individualidade do indivíduo, ele deve ser visto como se fosse você que estivesse precisando de cuidado, não olhar apenas para aquela doença que ele apresenta no momento, mas olhar para o que está por trás disso e ampliar o cuidado [...]”

Ao abordar a integração dos profissionais para a Integralidade do Cuidado, o DSC-2 do momento pré-participação, trouxe uma compreensão ainda restrita:

“[...] compreende a união dos profissionais da área da saúde dividindo as funções sem uma hierarquia, [...] olhares de vários profissionais se juntam com olhares diferentes que possibilitam uma visão inteira do usuário”.

Contudo, na seqüência, sinalizou para o cuidado ampliado *“[...] é preciso que os profissionais considerem as questões trazidas pelos próprios usuários, onde estes possam se empoderar em favor da sua saúde”.*

Mesmo o DSC-2, pós-participação, embora melhor estruturado, compreendeu:

“[...] atendimento aos usuários do SUS através de equipe interdisciplinar, é o processo onde se mescla o teórico com algo além, a atuação em conjunto de vários profissionais”.

Observou-se, no DSC-3; pré-atividade, ceticismo com relação ao desenvolvimento do trabalho em equipe:

“No SUS há uma distância entre os profissionais, a interação multiprofissional é precária e ainda bem imatura, assim, o individualismo por parte de certos profissionais, traz prejuízo para o paciente”.

Ao passo que o DSC-3, pós-atividade, elucidou:

“[...] está relacionada a diversas unidades de saúde. É algo que vai além de uma instituição, o cuidado é holístico, que não envolve apenas a saúde como atenção emergencial, curativa, mas preventiva, dando atenção à sociedade, às relações pessoais, atenção ao psicológico do indivíduo, onde os serviços

de apoio têm livre comunicação e um foco comum. Um exemplo é o planejamento do encaminhamento do usuário da atenção terciária para a continuação de seu tratamento na atenção primária.”

E, na seqüência, expressou pensamentos mais ampliados e uma percepção dialógica do que é Integralidade:

“[...] a criação de espaços de conversas, de cooperação além da produção compartilhada de protocolos assim como a gestão coletiva dos procedimentos com a integração do sistema, logo, tanto a atenção primária quanto a atenção terciária exercem o princípio da Integralidade [...]”

Quadro 1 - DSC: Como você compreende a Integralidade do Cuidado no SUS? Exemplifique-os.

<p>DSC-1. Pré-questionário. Atendimento ao indivíduo em todos os níveis de atenção.</p>
<p>Integralidade do Cuidado é um princípio e diretriz do SUS, consiste em dar assistência ao indivíduo como um todo, não apenas à doença do paciente. Integralidade do Cuidado é poder assistir a todos de uma maneira holística, observando os aspectos emocional, psíquico, familiar e social de tal modo que o cuidado se estenda para a família e para o meio em que está inserido. A Integralidade compreende ainda a união de diversas áreas de atenção à saúde como a atenção primária, secundária e terciária, assim é possível desenvolver ações, práticas, sem fragmentar o cuidado, bem como garantir o consumo das tecnologias de saúde disponíveis e um ambiente com conforto e segurança para o paciente hospitalizado. Logo, o caso não fica reduzido apenas ao diagnóstico, mas também à situação em que o paciente se encontra.</p>
<p>DSC-1. Pós-questionário. Atender o paciente com olhar ampliado para suas necessidades.</p>
<p>A Integralidade do Cuidado no SUS é ver e tratar o paciente como um todo, um ser que possui relações sociais e familiares, bem como um indivíduo inteiro psicologicamente, emocionalmente. É respeitar a individualidade do indivíduo, ele deve ser visto como se fosse você que estivesse precisando de cuidado, não olhar apenas para aquela doença que ele apresenta no momento, mas olhar para o que está por trás disso e ampliar o cuidado. Por exemplo, quando o paciente é atingido por uma doença no processo de internação há inúmeras mudanças em sua vida e de sua família, além de um problema orgânico, sua rotina é totalmente modificada, sua relação com o trabalho e com as pessoas, além dos medos, fantasias e sentimentos que surgem em meio a estas situações. Por isso, é de extrema importância não olhar somente para a patologia do usuário, ele tem que ser visto como uma vida. É necessário um olhar ampliado, então, Integralidade é cuidar do paciente em sua totalidade o que contribui para sua recuperação, logo, quanto mais integral o cuidado ao paciente, melhor será o período no hospital.</p>
<p>DSC-2. Pré-questionário. É a integração dos profissionais e pacientes para o cuidado.</p>
<p>A Integralidade no SUS compreende a união dos profissionais da área da saúde dividindo as funções sem uma hierarquia. É a união de conhecimentos dos profissionais, tendo como princípio a garantia da qualidade de vida, a prevenção e promoção da saúde, onde médicos e fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais possam</p>

questionar, discutir, interagir no local de trabalho, elaborando propostas para o melhor cuidado possível ao usuário. Assim, quando os olhares de vários profissionais se juntam com olhares diferentes que possibilitam uma visão inteira do usuário. Então, Integralidade, no meu conhecimento, é a união dos profissionais de saúde em prol do bem-estar do paciente. Assim, os profissionais deveriam ter o incentivo para trabalhar em equipe, trocar conhecimentos e, desta forma, oferecer um melhor cuidado ao usuário. Na rede de serviços de saúde, um precisa do outro, então, a Integralidade tem que ser objetivo de todos. É preciso que os profissionais considerem as questões trazidas pelos próprios usuários, onde estes possam se empoderar em favor da sua saúde, logo, Integralidade é algo indispensável para um trabalho com resultado eficaz e humanizado para o atendimento ao público.

DSC-2. Pós-questionário.

Integralidade no SUS é a atenção a partir da integração dos diferentes profissionais da área da saúde.

A Integralidade é o atendimento aos usuários do SUS através de equipe interdisciplinar, é o processo onde se mescla o teórico com algo além, a atuação em conjunto de vários profissionais como enfermeiros, médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e outros olhando para toda a rede com o mesmo intuito, logo Integralidade só é possível se trabalhar com as equipes em conjunto.

DSC-3. Pré-questionário.

A sua implementação apresenta fragilidades.

No SUS, há uma distância entre os profissionais, a interação multiprofissional é precária e ainda bem imatura, assim, o individualismo por parte de certos profissionais, traz prejuízo para o paciente.

DSC-3. Pós-questionário.

Cuidado ao usuário em todos os níveis de atenção.

Acredito que a Integralidade no SUS está relacionada a diversas unidades de saúde. É algo que vai além de uma instituição, o cuidado é holístico, que não envolve apenas a saúde como atenção emergencial, curativa, mas preventiva, dando atenção à sociedade, às relações pessoais, atenção ao psicológico do indivíduo, onde os serviços de apoio têm livre comunicação e um foco comum. Um exemplo é o planejamento do encaminhamento do usuário da atenção terciária para a continuação de seu tratamento na atenção primária, também a criação de espaços de conversas, de cooperação além da produção compartilhada de protocolos assim como a gestão coletiva dos procedimentos com a integração do sistema. Logo, tanto a atenção primária quanto a atenção terciária exercem o princípio da Integralidade.

“Qual o significado do Trabalho em Equipe Interdisciplinar?”

Conforme expresso no Quadro 2, em relação ao significado do Trabalho em Equipe Interdisciplinar, o DSC-1, pré-questionário, trouxe que:

“É o atendimento realizado ao paciente por uma equipe de profissionais em busca de um objetivo comum. Possibilita aos profissionais um olhar abrangente sobre o paciente, bem como, tratar o paciente de forma integral. Trabalho em Equipe Interdisciplinar é um trabalho em sintonia, onde um precisa ajudar ao outro, enfim, é o trabalho integrado entre os componentes

da equipe para promover estratégias e ações que visam prestar cuidado e maior conforto ao paciente.”

Ao passo que o DSC-1, pós-questionário, apresentou um sentido mais profundo, que pôde ser evidenciado na abertura para a interação e o compromisso com o outro:

“É um trabalho com equipes de diferentes áreas e com profissionais de diversas especialidades em busca de um único objetivo. Assim, o diálogo permanente entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos e outros trabalhando com possibilidade de discutirem e compreenderem questões relacionadas ao mesmo paciente o tratamento fica mais completo. Assim, o Trabalho em Equipe Interdisciplinar significa a união das disciplinas bem como a comunicação entre seres e troca de conhecimentos pois todas as áreas da saúde têm seu papel no cuidado do paciente, então, saber interagir com respeito utilizando da tecnologia leve, poder contar com a ajuda dos outros profissionais, assim como estar disposto a ajudar é necessário para promover saúde a um indivíduo”.

O DSC-2, pré-questionário, apontou, de um lado, a integração de especialistas e qualidade do cuidado:

“[...] Trabalho em Equipe Interdisciplinar é a integração dos profissionais da saúde de diferentes especializações. É a união de diferentes práticas de trabalho, enfim, é um trabalho que possibilita a integração das medidas terapêuticas para melhor atender ao usuário [...]”.

E, de outro, indicou que *“[...] é o trabalho integrado entre os componentes da equipe para promover estratégias e ações que visam prestar cuidado e maior conforto ao paciente”.*

O DSC-2, pós-questionário, trouxe um enfoque voltado ao cuidado ampliado: *“[...] visa um trabalho holístico trazendo para discussão cada situação para que possa traçar um plano de cuidado para o paciente”.* E relacionou, também, a equipe interdisciplinar ao respeito e alteridade para com o outro: *“[...] cada profissional desempenha uma função com um objetivo comum que visa independência ao paciente, um cuidado de forma digna e mais humanizado”.*

Quadro 2 - DSC: Qual o significado do Trabalho em Equipe Interdisciplinar?

<p>DSC-1. Pré-questionário. Equipe de profissionais de diferentes áreas trabalhando em conjunto.</p>
<p>É o atendimento realizado ao paciente por uma equipe de profissionais em busca de um objetivo comum. Possibilita aos profissionais um olhar abrangente sobre o paciente, bem como, tratar o paciente de forma integral. Trabalho em Equipe Interdisciplinar é um trabalho em sintonia, onde um precisa ajudar ao outro, enfim, é o trabalho integrado entre os componentes da equipe para promover estratégias e ações que visam prestar cuidado e maior conforto ao paciente.</p>
<p>DSC-1. Pós-questionário. Diferentes profissionais envolvidos no cuidado do paciente.</p>
<p>É um trabalho com equipes de diferentes áreas e com profissionais de diversas especialidades em busca de um único objetivo, assim o diálogo permanente entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos e outros trabalhando com possibilidade de discutirem e compreenderem questões relacionadas ao mesmo paciente o tratamento fica mais completo. Assim, o Trabalho em Equipe Interdisciplinar significa a união das disciplinas, bem como a comunicação entre seres e troca de conhecimentos, pois todas as áreas da saúde têm seu papel no cuidado do paciente. Então, saber interagir com respeito utilizando da tecnologia leve, poder contar com a ajuda dos outros profissionais assim como estar disposto a ajudar é necessário para promover saúde a um indivíduo.</p>
<p>DSC-2. Pré-questionário. É a integração dos profissionais de saúde de diferentes especializações.</p>
<p>É a integração de duas ou mais equipes de áreas diferentes, logo, possibilita a troca de informação sobre os usuários entre os profissionais. Então, Trabalho em Equipe Interdisciplinar é a integração dos profissionais da saúde de diferentes especializações, é a união de diferentes práticas de trabalho, enfim, é um trabalho que possibilita a integração das medidas terapêuticas para melhor atender ao usuário.</p>
<p>DSC-2. Pós-questionário. Trabalho essencial para um cuidado humanizado.</p>
<p>O Trabalho em Equipe Interdisciplinar significa tratar o paciente como um todo, da melhor maneira, visa um trabalho holístico trazendo para discussão cada situação, para que possa traçar um plano de cuidado para o paciente, assim, cada profissional desempenha uma função com um objetivo comum que visa independência ao paciente, um cuidado de forma digna e mais humanizado.</p>

“O que você entende por Humanização na área da saúde?”

Já, no Quadro 3, observou-se no DSC-1, pré-questionário, uma concepção simplista e pouco reflexiva: “[...] *Humanização é relembrarmos as origens que antes de sermos pacientes ou profissionais de saúde somos humanos. Em minha opinião, é a chave para ser um bom profissional [...]*”. Esta visão é complementada pela valorização da escuta:

“[...] Humanização é ter um olhar ampliado para as necessidades do paciente respeitando suas vontades, é se colocar no lugar do outro. Ainda, Humanização é ter a consciência que a comunicação dos profissionais de saúde e paciente é importante, amplia a escuta [...]”.

O DSC-1, pós-questionário, representado por pensamentos mais elaborados, valorizou a singularidade terapêutica:

“É manter uma visão através dos princípios e diretrizes do SUS, com o conceito de um atendimento mais singular ao paciente, assim como ter o conhecimento de que cada paciente tem uma demanda diferente, é tratar o cliente de forma integral e não só os sintomas da doença”.

Também considerou a benevolência em sua forma universal:

“[...] Humanização é reconhecer-se vivo no outro e sentir a vontade de dar continuidade a essa vida, é se interessar pela pessoa que está precisando de cuidado e o afeto é um componente essencial, assim, cuidado vai além do que é esperado de cada área de atendimento [...]”

O DSC-2, pré-questionário, considerou que Humanização está, em muito, associada ao saber conviver:

“[...] Humanização é saber lidar com as pessoas ao seu redor, assim, é a conscientização do funcionário que um depende do outro independente de onde trabalhe, então, escutar além do que é falado, ver além do que é visto juntar experiências e saberes com ética e respeito [...]”.

Ao passo que o DSC-2, pós-questionário, deu maior ênfase à qualidade do cuidado:

“O trabalho humanizado visa mais que a recuperação física do paciente, visa à promoção do seu bem-estar sem distinção de raça, idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual. Vai além das técnicas, então, é necessária uma equipe interdisciplinar que possa garantir o direito de todos, reduzir as filas e o tempo de espera e, assim, criar um ambiente acolhedor”.

Quadro 3 - DSC: O que você entende por Humanização na área da saúde?

<p>DSC-1. Pré-questionário. Humanização é o cuidado acolhedor ao paciente, família e colegas de trabalho.</p>
<p>Humanização é relembrarmos as origens que antes de sermos pacientes ou profissionais de saúde somos humanos. Em minha opinião, é a chave para ser um bom profissional. Humanização na saúde é visar o paciente como um todo, é o acolhimento não apenas de um doente e sim de um ser humano que tem sentimento, fragilidades, família, angústia e precisa de uma atenção especial. Logo, Humanização é ter um olhar ampliado para as necessidades do paciente respeitando suas vontades, é se colocar no lugar do outro. Ainda, Humanização é ter a consciência de que a comunicação dos profissionais de saúde e paciente é importante, amplia a escuta, possibilita observar detalhes antes não percebidos, mas que são importantes para a reabilitação do paciente. Então, Humanização é tratar o usuário como ser humano biopsicossocial, buscando atender todas as suas necessidades e não cuidar apenas da doença, colocando em prática ações do cuidado humanizado para profissionais de saúde e usuário de forma que todos serão beneficiados.</p>
<p>DSC-1. Pós-questionário. Humanização na área da saúde é ver o paciente além da doença.</p>
<p>Humanização em saúde é olhar o paciente como um sujeito biopsicossocial e não a doença diagnosticada, É manter uma visão através dos princípios e diretrizes do SUS, com o conceito de um atendimento mais singular ao paciente, assim como ter o conhecimento de que cada paciente tem uma demanda diferente, é tratar o cliente de forma integral e não só os sintomas da doença. Então, Humanização é cuidar da pessoa como você gostaria de ser cuidado, compreende em querer bem ao outro, o cuidado vai além da técnica, o profissional de saúde estabelece vínculo com o paciente/cliente tornando o ambiente de saúde melhor.</p>
<p>DSC-2. Pré-questionário. A Humanização é saber conviver com as pessoas ao seu redor</p>
<p>Humanização na área da saúde é a união de saberes, é o desenvolvimento de ações de saúde interligadas em vários setores. Assim, Humanização é saber lidar com as pessoas ao seu redor, é a conscientização do funcionário que um depende do outro, independente de onde trabalhe. Então, escutar além do que é falado, ver além do que é visto juntar experiências e saberes com ética e respeito é Humanização.</p>
<p>DSC-2. Pós-questionário. Humanização em saúde solicita resolutividade e satisfação com o serviço.</p>
<p>A política de Humanização em saúde deve estar aberta para um trabalho ágil e resolutivo que estimule a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários. O trabalho humanizado visa mais que a recuperação física do paciente, visa à promoção do seu bem-estar sem distinção de raça, idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual. Vai além das técnicas, então, é necessária uma equipe interdisciplinar que possa garantir o direito de todos, reduzir as filas e o tempo de espera e, assim, criar um ambiente acolhedor.</p>

“Qual a sua compreensão sobre Educação Permanente em Saúde?”

Segundo o Quadro 4, os estudantes confrontados com esta pergunta emitiram as opiniões de que a EP prepara os acadêmicos para a realidade dos

serviços de saúde, possibilita a autorreflexão, modifica o olhar e fortalece a integração entre trabalhadores de saúde e acadêmicos.

Assim, as aspirações expressas nesses discursos formaram uma referência explícita do sentido da EP para os sujeitos, conforme se verifica no DSC-1:

“Educação permanente é de suma importância em todos os ambientes de trabalho, após vários encontros aprendemos a olhar o paciente além de sua patologia, de forma diferente a que a própria profissão nos ensinou e a ser um profissional mais humanizado e consciente para nosso futuro e realidade que nos aguarda.”

No DSC-2, enfatizou-se a importância da inclusão do usuário no cuidado: “[...] educação permanente é complexa, abrange não só profissionais como população (usuários) [...]”. E no DSC-3 conceituou-se EP como proposta pedagógica para o fortalecimento dos movimentos contra hegemônicos: *“Educação permanente é uma proposta pedagógica que visa unir a educação com a saúde bem como transformar e modificar nossas ações [...]”*; corroborado, aqui, pelo DSC-1: *“Ajuda as pessoas a abrirem seus olhares para vários aspectos, então, educação permanente nos questiona”*.

Quadro 4 - DSC: Qual a sua compreensão sobre Educação Permanente?

<p>DSC-1. Pós-questionário. São encontros que proporcionam aprendizagens e releituras.</p>
<p>Educação permanente é de suma importância em todos os ambientes de trabalho, após vários encontros aprendemos a olhar o paciente além de sua patologia, de forma diferente a que a própria profissão nos ensinou e a ser um profissional mais humanizado e consciente para nosso futuro e realidade que nos aguarda. Ajuda as pessoas a abrirem seus olhares para vários aspectos, então, educação permanente nos questiona. Ajuda a defender nossa posição de profissional e sempre respeitando as diferenças.</p>
<p>DSC-2. Pós-questionário. É uma ferramenta dialógica que permite troca de experiências e reflexão das ações dos indivíduos no cotidiano do trabalho.</p>
<p>A educação permanente é uma ferramenta que auxilia os profissionais a observarem as ações do dia a dia, escutarem pontos de vista diferentes e é um momento de reflexão em rodas ou grupo. Um espaço onde se tem a oportunidade de conhecer, através do diálogo, o trabalho de diferentes profissionais e o ponto de vista de cada um, assim traz discussões acerca de como estamos realizando o atendimento do paciente e seus familiares, como estamos nos colocando na equipe, as dificuldades que os profissionais encaram ao trabalhar no SUS e a prática de estágio dentro do hospital. Tendo como base os princípios do SUS, auxilia as nossas discussões de ordem teórica e prática, ensina a refletir a importância da comunicação e como lidar</p>

com as diversas realidades do nosso trabalho. Ademais, educação permanente é complexa, abrange não só profissionais, como população (usuários) e, assim, possibilita ao profissional renovar suas ideias, revendo valores essenciais como: Humanização, Trabalho em Equipe Interdisciplinar e Integralidade. Assim, é de extrema importância para proporcionar um Trabalho em Equipe Interdisciplinar, um cuidado integral e humanizado, buscando uma relação de confiança e respeito para o grupo, pacientes e com os outros profissionais.

DSC-3. Pós-questionário.

É uma proposta pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde.

Educação Permanente é uma proposta pedagógica que visa unir a educação com a saúde, bem como transformar e modificar nossas ações, é a consciência de que os processos formativos e as práticas devam sempre melhorar, enfim, educação e saúde devem andar juntas. Assim, modifica o nosso olhar para incentivar a organização dos serviços.

Assim, foi possível perceber as diferentes representações sociais que esses coletivos expressaram acerca dos referenciais de Integralidade do Cuidado, Trabalho em Equipe, Humanização e EP. Os pensamentos emitidos no material estudado trouxeram conceitos positivos que compõem um cenário de compromisso e cuidado.

4.2.2 Avaliação das atividades de EP

Os resultados dos DSCs relativos às respostas dos acadêmicos ao questionário referente às atividades da EP estão apresentados nos Quadros 5, 6 e 7 de forma a permitir a leitura.

Em relação às atividades desenvolvidas no grupo faça seu comentário.

Observou-se que os estudantes, confrontados com este questionamento, emitiram os seguintes comentários: as atividades em grupo proporcionam discussões produtivas e possibilitam a reflexão sobre o papel de cada um dentro da equipe; a importância de saber ouvir e conhecer o trabalho do outro valoriza a troca de experiência para a transformação do sujeito e das práticas.

Assim, estes fragmentos do DSC-1 formam uma referência explícita do sentido formativo, da construção de conhecimentos que permeou as atividades desenvolvidas, como se pode notar em:

“[...] fizeram muito sentido e efeito em mim, refletir sobre vários assuntos e acreditar que podemos ser bons profissionais da saúde é um aprendizado, enfim, fiquei muito satisfeito com os encontros, as discussões foram produtivas e contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal”.

“[...] as atividades desenvolvidas no grupo nos mostraram as dificuldades que enfrentaremos no dia a dia, e pudemos refletir um pouco da nossa área com os outros. Pensar e repensar atitudes engessadas, possibilitou modificar e transformar nossas práticas [...]”

“Compartilhar opiniões, angústias, inquietações e saberes, proporcionou aos estudantes aprender uma maneira diferente de lidar com problemas”.

O DSC-2 enfatizou a importância das atividades em grupo para o crescimento pessoal e profissional:

“As atividades em grupo ajudaram no meu crescimento pessoal e profissional e ampliaram a visão para o cuidado com o cliente, cada um em prol do cuidado ampliou a visão para um bom trabalho em equipe. Então, as atividades em grupos servem para trocar conhecimentos e experiências e, assim, ser um bom profissional”.

No DSC-3, reconheceu-se limitações na realização das atividades decorrentes de não inserção do curso médico, faltas ou atrasos de alguns componentes do grupo:

“[...] enfim, a não compreensão, a falta da participação dos estudantes de Medicina e Serviço Social e a falta de compromisso das pessoas em alguns momentos, comprometeram as discussões [...]”

Quadro 5 - DSC: Em relação às atividades desenvolvidas no grupo faça seu comentário.

DSC-1.

Contribuiu para o aprendizado do estudante.

As atividades desenvolvidas no grupo foram de extrema importância, trouxeram experiências sobre as diferentes áreas do hospital e todos estavam dispostos a ouvir e respeitar a opinião do outro, assim, a possibilidade de discussões sobre temas diversos com a participação de diferentes estudantes enriqueceram as discussões e os encontros possibilitaram uma reflexão sobre o papel de cada um na equipe. Compartilhar opiniões, angústias, inquietações e saberes proporcionou aos estudantes aprender uma maneira diferente de lidar com problemas. Desta forma, as atividades desenvolvidas no grupo nos mostraram as dificuldades que enfrentaremos no dia a dia e pudemos refletir um pouco da nossa área com os outros. Pensar e repensar atitudes engessadas, possibilitou modificar e transformar nossas práticas, ainda, no decorrer dos encontros, o grupo ficou mais entrosado e as discussões

ocorreram com mais naturalidade. As rodas de Educação Permanente fizeram muito sentido e efeito em mim, refletir sobre vários assuntos e acreditar que podemos ser bons profissionais da saúde é um aprendizado, enfim, fiquei muito satisfeito com os encontros, as discussões foram produtivas e contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal.

DSC-2.

Ampliou o olhar para o cuidado humanizado.

As atividades em grupo ajudaram no meu crescimento pessoal e profissional e ampliaram a visão para o cuidado com o cliente, cada um em prol do cuidado ampliou a visão para um bom trabalho em equipe. Então, as atividades em grupos servem para trocar conhecimentos e experiências e, assim, ser um bom profissional. Também apresentei facilidade para compreender os temas abordados como SUS e cuidado humanizado.

DSC-3.

Houve falta de participação.

Em minha opinião, alguns estudantes não enturmaram com os membros do grupo, assim, nem todos participavam das discussões. Então, a falta de objetividade e foco nas discussões, às vezes, comprometia o grupo. Logo, algumas pessoas queriam dar exemplos de sua atuação prática, porém faltava tempo, enfim, a não compreensão, a falta da participação dos estudantes de Medicina e Serviço Social e a falta de compromisso das pessoas em alguns momentos, comprometeram as discussões.

“Faça seu comentário sobre os assuntos discutidos.”

Em relação aos assuntos discutidos nos grupos, a análise do discurso (Quadro 6) revelou, nas respostas dos sujeitos, as seguintes ideias: assuntos associados às experiências dos alunos, amplos, esclarecedores, importantes para formar profissionais qualificados:

“[...] Os assuntos abordados foram trabalho em equipe, funcionamento do SUS, integralidade, entre outros, sempre surgiram de fatos ocorridos no dia a dia, das angústias e ansiedades que cada um trazia para o grupo devido às dificuldades de lidar com algumas situações [...]” (DSC-1).

No DSC-2, as ideias foram de aspectos relacionais:

“O Trabalho em Equipe é essencial para a nossa profissão, me atentei muito ao fato de que, na maioria das vezes, o erro, não é só de uma pessoa, e sim uma falha da equipe, então, acredito que assuntos como o bom relacionamento e a comunicação devam ser retomados sempre, assim, aprofundar sobre o uso das tecnologias leves é muito importante para melhorar o trabalho e o atendimento ao paciente [...]”

Quadro 6 - DSC: Faça seu comentário sobre os assuntos discutidos.

DSC-1. Aprendizagem no processo de trabalho
Os assuntos abordados foram trabalho em equipe, funcionamento do SUS, integralidade, entre outros, sempre surgiram de fatos ocorridos no dia a dia, das angústias e ansiedades que cada um trazia para o grupo devido às dificuldades de lidar com algumas situações, logo, as experiências boas e ruins proporcionaram a reflexão sobre nossas próprias atitudes no ambiente de trabalho, esclareceu em quesitos onde éramos leigos nos trazendo a realidade dos usuários do SUS, então, é importante discutir, refletir e somar experiências de diversas áreas para promover ações com outra percepção e melhorar o trabalho na saúde, enfim, os assuntos discutidos foram de grande importância para formar profissionais mais humanos e preocupados com a qualidade de vida dos pacientes e familiares
DSC-2. Abordagem de aspectos relacionais
Os temas abordados foram bem amplos como comunicação, cuidado, trabalho em equipe, humanização, universalidade, integralidade, equidade e funcionamento do SUS. Todos considerados importantes e bem discutidos. Foram associados à prática exercida pelos estagiários e profissionais, contudo, temas como morte precisam ser mais aprofundados, assim, é essencial destacar a importância da Humanização e da comunicação em todas as áreas como na atenção primária, secundária e terciária bem como nas diferentes unidades de atendimento: UBS, ESF e Pronto Socorro. O Trabalho em Equipe é essencial para a nossa profissão, me atentei muito do fato de que na maioria das vezes o erro, não é só de um pessoa, e sim uma falha da equipe, então, acredito que assuntos como o bom relacionamento e a comunicação devam ser retomados sempre, assim, aprofundar sobre o uso das tecnologias leves é muito importante para melhorar o trabalho e o atendimento ao paciente, enfim estou muito satisfeito com os temas discutidos, foram importantes para minha vida e meu trabalho podendo modificar de maneira positiva o cuidado tornando-o integral e mais humanizado.

“Faça seu comentário em relação às facilitadoras das atividades”.

Percebeu-se, no DSC-1 (Quadro 7), a importância da mediação das facilitadoras nas atividades:

“[...] souberam mediar o grupo com seus apontamentos estimulando os demais participantes a se posicionarem. Assim, instigavam os estudantes a expor assuntos não abordados com frequência, como também nos despertavam a refletir sobre atitudes de Humanização bem como o bem-estar do paciente [...]”

Já no DSC-2 (Quadro 7), explicitavam ideias como habilidosas, experientes e competentes, referindo-se à capacitação das mesmas, mas contrapondo atitude provocativa e diretiva:

“[...] Em minha opinião, foram essenciais nas nossas atividades, trazendo todas as contribuições que podiam com suas experiências e saberes sobre o trabalho na saúde, assim mostraram os passos a seguir em cada profissão da saúde, instigando a participação da roda. Contudo, fragilidades não encontrei, foram atenciosas, abertas a opiniões e tinham domínio dos temas abordados [...]”.

E no DSC-3 (Quadro 7), salientou-se elementos discursivos importantes relacionados à capacidade de comunicação e ao acolhimento como:

“[...] As facilitadoras são pessoas de ótima comunicação, foram expressivas e debateram seu ponto de vista. Discutíamos assuntos amplos graças ao jogo de cintura, paciência, tolerância em ouvir o que tínhamos para falar a respeito dos temas, assim, dávamos nossas opiniões sem medo [...]” .

Tais comentários sugerem que, para os acadêmicos, as facilitadoras auxiliaram significativamente nas atividades do grupo.

Quadro 7 - DSC: Faça seu comentário em relação às facilitadoras das atividades.

DSC-1. Instigavam a reflexão dos estudantes.
As facilitadoras fizeram um ótimo trabalho, souberam mediar o grupo com seus apontamentos estimulando os demais participantes a se posicionarem, assim, instigavam os estudantes a expor assuntos não abordados com frequência, como também nos despertavam a refletir sobre atitudes de Humanização bem como o bem-estar do paciente, então são pessoas que nos ajudaram a enxergar a importância da Educação Permanente. Logo, contribuíram muito para minha vida pessoal, dando respaldo nas dúvidas incentivando a reflexão e a conclusão do raciocínio. Enfim, as facilitadoras nos ajudaram a amadurecer como pessoas e profissionais da saúde.
DSC-2. Domínio dos temas abordados.
As facilitadoras foram excelentes, souberam direcionar os assuntos com habilidade e ideias objetivas. Assim, conduziram as discussões abordando os temas com clareza deixando o grupo fluir e orientando, quando necessário, para que o foco das discussões não se perdesse. Em minha opinião, foram essenciais nas nossas atividades, trazendo todas as contribuições que podiam com suas experiências e saberes sobre o trabalho na saúde. Assim, mostraram os passos a seguir em cada profissão da saúde, instigando a participação da roda, contudo, fragilidades não encontrei, foram atenciosas, abertas a opiniões e tinham domínio dos temas abordados, enfim, as facilitadoras estão de parabéns.
DSC-3. Habilidade de comunicação e acolhimento.
As facilitadoras são pessoas de ótima comunicação, foram expressivas e debateram seu ponto de vista, discutíamos assuntos amplos, graças ao jogo de cintura, paciência, tolerância em ouvir o que tínhamos para falar a respeito dos temas, assim dávamos nossas opiniões sem medo, enfim fiquei muito feliz com as facilitadoras e os encontros nunca foram cansativos.

5 DISCUSSÃO

5.1 Metodologia do Estudo

Ao se discutir este estudo, no qual se propôs um programa de EP, fez-se necessário iniciar pela discussão metodológica, na estratégia de funcionamento da própria atividade, em que teoria e prática confluíram, uma vez que o próprio andar da pesquisa, a cada encontro, foi composto pelo contínuo fazer-aprender-novo fazer!

“O que aponto é a necessidade de olharmos de outros modos explicativos para esta relação em dobro: educação em saúde e trabalho em saúde, na qual é impossível haver separação de termos. Um produz o outro”⁽³⁷⁾.

Assim, a construção da aprendizagem na produção de cuidado, já discutida e proposta pela Organização Pan-Americana da Saúde⁽³⁾, na década de 90, considera a implicação dos sujeitos por meio do reconhecimento de sua historicidade, assim como das forças que permeiam a complexidade das relações produtivas: trabalhadores, instituição, gestores e usuários.

Estas atividades de EP seguiram a proposta do percurso pedagógico da problematização, em concordância com Merhy⁽³⁷⁾, que apontou para potencialidade da problematização enquanto método para desvelar as expressões dos sujeitos, as interfaces da instituição, realidades submersas, histórias de vida que, por meio da socialização de ideias, compreensões, olhares conduziu à aprendizagem significativa e à construção de cidadania e protagonismo, bem como à transformação nas práticas e na forma de ver o mundo.

[...] todo processo que esteja comprometido com estas questões da educação permanente tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações⁽³⁷⁾.

Já Cotrim-Guimarães⁽³⁸⁾, em sua tese de mestrado, considera a decisão pela estratégia de trabalho, o *modus operandi* do grupo de Educação Permanente, uma escolha a ser realizada pelo próprio grupo e em processo. Cada momento deve estar aberto à necessidade emergente do caminhar do grupo, cujas possibilidades não devem ser, *a priori*, sistematizadas e herméticas. Nesse sentido, reforça que se adote um método ativo de aprendizagem e valoriza a abordagem problematizadora, em especial a Freireana^(39,40).

A problematização enquanto caminho para a constituição de sujeitos

A problematização enquanto metodologia de aprendizagem é uma orientação potente que se implica diretamente com o universo e a curiosidade do outro. Na concepção dialógica do Método Paulo Freire, ela permite comunicar a gnosiologia dos mundos internos e externos.

Segundo Freire, aprender deve se assemelhar a um exercício de recriação, de ressignificação. A característica dialógica entre natureza e cultura está presente, baseada na concepção de que o aprendiz é ator, produtor de cultura antropológica e também gnosiológica. Aprender é, assim, confrontar a realidade concreta, a situação vivenciada pelo educando e só tem significado quando fruto de uma aproximação reflexiva, problematizadora dessa realidade, resultando num ato político e dialógico⁽⁴¹⁾.

A teoria de Freire é “sustentada por uma concepção dialética em que educador e educando aprendem juntos numa relação dinâmica na qual a prática, orientada pela teoria, reorienta essa teoria, num processo de constante aperfeiçoamento”⁽⁴²⁾.

Sua contribuição à teoria dialética do conhecimento sintetiza que a melhor maneira de refletir é pensar a prática e retornar a ela para transformá-la. Portanto, ao pensar o concreto, a realidade, visou “através da educação, a formação da autonomia intelectual do cidadão para intervir sobre a realidade”⁽⁴²⁾.

Atualmente, no dia a dia, em face dos conteúdos fragmentários – quando se aborda a necessidade de aproximar teoria e prática enquanto metodologia, e, ainda a democracia enquanto gestão – verifica-se a presença da pedagogia problematizadora de Paulo Freire.

Nos discursos dos participantes deste estudo, foi possível identificar ideias explícitas que ressaltam a efetividade da pedagogia Freireana na contribuição para o aprendizado e a possibilidade de transformação dos sujeitos:

“[...] a possibilidade de discussões sobre temas diversos com a participação de diferentes estudantes enriqueceu as discussões e os encontros possibilitando uma reflexão sobre o papel de cada um na equipe. Compartilhar opiniões, angústias, inquietações e saberes proporcionou aos estudantes aprender uma maneira diferente de lidar com problemas. Desta forma, as atividades desenvolvidas no grupo nos mostraram as dificuldades que enfrentaremos no dia a dia e pudemos refletir um pouco da nossa área com os outros. Pensar e repensar atitudes engessadas, possibilitou modificar e transformar nossas práticas [...]” (DSC-1).

A preocupação com o acompanhamento e a avaliação das atividades de EP, elemento, segundo Davini e Roschke, de grande importância para o desenvolvimento do trabalho, se efetivou por meio de avaliações verbais de todos os participantes, enquanto avaliação dos pares, de si próprios, da atividade e das facilitadoras ao final de cada encontro. Os encaminhamentos externos ao grupo também eram retomados e reavaliados no início do encontro subsequente⁽⁴³⁾.

Os encaminhamentos que ocorreram tiveram como porta-voz, os facilitadores que representaram as decisões propostas pelo respectivo grupo de EP, enquanto elo entre o grupo e a estância gestora. Cuidou-se para que toda articulação fosse pensada, nascesse e fosse encaminhada pelo grupo como um todo tendo na figura dos facilitadores apenas vetores da comunicação. Pode-se observar, nos discursos dos sujeitos, ideias que vão ao encontro do referencial teórico:

“[...] As facilitadoras foram excelentes, souberam direcionar os assuntos com habilidade e ideias objetivas, assim conduziram as discussões abordando os temas com clareza deixando o grupo fluir e orientando quando necessário para que o foco das discussões não se perdesse [...]” (DSC-2).

Em consonância com a compreensão de Davini⁽⁴⁴⁾, de que os desconfortos advindos das práticas laborais localizam-se na micropolítica, procedem sobremaneira da complexidade das relações entre os sujeitos e aquelas institucionais, entendeu-se de suma importância o Grupo Operativo enquanto locus de reflexão e construção de aprendizagem significativa, incluindo-se aí a ressignificação das relações, do entendimento do trabalho enquanto cuidado coletivamente produzido e, portanto, portador de subjetividades.

Neste caminho, coube ao Grupo Operativo o espaço privilegiado para acomodar desde a problematização, a construção da aprendizagem significativa, o aprofundamento teórico, o espaço coletivo para a construção de corresponsabilidade, participação, compromisso, como também de desenvolvimento de possibilidades criativas e dialógicas para os encaminhamentos necessários às melhorias elencadas pelo grupo. Nesse contexto, houve a mediação segura de facilitadores que, de forma acolhedora, competente e hábil, conseguiram manter e dar guarida ao desenvolvimento do trabalho grupal, respeitando o seu movimento coletivo e identidade.

Grupo operativo: a importância do trabalho em grupo para o Trabalho em Equipe

Não se trabalha em equipe sem antes constituir-se um grupo, como conclui Piancastelli: “Atualmente, tem-se agregado, ainda, a ideia de que, no desenvolvimento do processo de trabalho e na busca de seus objetivos, os componentes da equipe deverão criar as condições necessárias ao crescimento individual e do grupo”⁽⁴⁵⁾.

Não se pode aceitar a equipe como um espaço que ocorre paralelo à produção do trabalho.

Para a efetivação do Trabalho em Equipe, há a necessidade de liberdade de comunicação, respeito, confiança, a fim de favorecer que a cada um exerça sua personalidade e que todos juntos possam assumir solidariamente seus sucessos, fracassos e, sobretudo, seu objetivo comum.

Neste sentido, a experiência de grupo operativo em muito contribuiu para a constituição de um pacto grupal que compôs a conformação de uma equipe baseada na apreensão da dinâmica grupal, por meio do estabelecimento de compromisso, solidariedade, respeito, sinceridade, de cada indivíduo, que produziu coletivamente conhecimentos e novos significados dentro do seu espaço comum/individual e na micropolítica de seu processo de trabalho⁽⁴⁶⁾.

Trabalhos realizados em Porto Alegre, na atenção primária à saúde, com grupos operativos para usuários tabagistas, portadores de dor nas costas e gestantes, constataram a promoção de mudanças de atitudes dos participantes para uma forma mais saudável de conduzir a vida⁽²⁷⁾. Em conformidade, a utilização de grupos operativos como estratégia pedagógica para alunos do quarto ano de Enfermagem pareceu bastante adequada e rica, além de contribuir para novos conhecimentos, atitudes, reelaborações vinculares, também foi continente para as vivências daqueles estudantes⁽⁴⁶⁾.

Quanto ao número de participantes, o grupo operativo é dado como funcional, segundo os autores, quando conta com um número entre 8-12 participantes.^(26,27,28) Quantidade inferior pode não possibilitar as interações e diversidades suficientes, ao passo que um grande número de integrantes pode impossibilitar a participação de todos.

O grupo operativo facilita a percepção do funcionamento grupal, pois oportuniza o desenvolvimento de outros elementos cognitivos e afetivos que auxiliarão seus integrantes a atuarem de forma madura no trabalho em equipe⁽⁴⁶⁾.

A frequência e a duração das atividades

A frequência semanal, considerou aquela caracterizada como maior na literatura para grupos operativos e, ao mesmo tempo, a duração de 10 semanas buscou possibilitar a maior longevidade da Educação Permanente com os estudantes, tendo como limite a duração de seus respectivos estágios⁽²⁶⁾. A duração de 2 horas foi compatível com a metodologia utilizada; a problematização e a construção de aprendizagem significativa⁽⁴⁷⁾.

A opção pelos estudantes

A pesquisadora, docente na área da saúde, sensibilizada com a distância entre a formação superior tradicional e a concretude do trabalho em saúde, e mais, enquanto trabalhadora em unidade hospitalar de média e alta complexidade, confrontando-se diuturnamente com as demandas dos usuários, a insegurança, impotência e frustração dos estagiários, elegeu-os como sujeitos de pesquisa, com a intenção de proporcionar-lhes novas ferramentas de trabalho que pudessem contribuir tanto para um cuidado de qualidade para o usuário quanto para a sua própria satisfação enquanto coresponsáveis por este processo.

5.2 Resultados Quantitativos

Em relação aos resultados encontrados, houve maior participação do sexo feminino, o que pode ser explicado pelo contexto socio-histórico-cultural em nossa sociedade que corrobora grande escolha feminina a uma profissão na área da saúde.

O reconhecimento da profissão da mulher começou no final do século 19, associada aos papéis femininos tradicionais. Isto repercute ainda hoje com grande presença feminina nos cursos de Nutrição, Serviço Social, Enfermagem, entre outros da área da saúde⁽⁴⁸⁾.

Em relação à idade e ao trabalho prévio, contou-se com a presença significativa de adulto jovens, com idade média de 24 anos e 6 meses, e a participação de quatro estudantes trabalhadores que fazem uso do trabalho para sobrevivência. Assim, é provável que, por meio de suas bagagens socioculturais e experiências, estes atores tenham contribuído para o desenvolvimento das atividades do grupo.

Ainda é importante relatar que 26% dos alunos são de instituições públicas, sendo esta uma taxa mais elevada que a média do Brasil. Na amostra do presente estudo, esta representação é explicada por se tratar de um convênio específico do hospital com escola pública.

Em relação aos cursos dos alunos participantes das atividades: 70% pertenciam ao curso de Enfermagem e Fisioterapia, 26% cursavam Psicologia e 4% Serviço Social. Cabe ressaltar que o absenteísmo durante os encontros foi representado por 7% dos participantes que cursavam Serviço Social, 4% de Enfermagem, 4% de Psicologia e 0% do curso de Fisioterapia.

Estes dados correspondem a um perfil discente bastante comprometido e podem, assim, traduzir o interesse dos acadêmicos em participarem das atividades e também pela dinâmica dos cursos e distribuição dos estágios na instituição.

Ao comparar a frequência, os dados ilustram que a média foi 81% e o desvio-padrão 14%.

Os dados se justificam pela dificuldade que os estudantes enfrentaram com os movimentos de greve dos trabalhadores no período do desenvolvimento da pesquisa, o que inviabilizou a presença dos acadêmicos na unidade.

5.3 Resultados Qualitativos

5.3.1. Questionários

Os resultados foram apresentados em dois formatos. O primeiro caracterizado pelos pré e pós-questionários, segundo os tópicos: Integralidade do Cuidado, Trabalho em Equipe Interdisciplinar, Humanização e Educação Permanente. O segundo formato, referente à avaliação da EP, traz os seguintes pontos:

- Em relação às atividades desenvolvidas no grupo, faça seu comentário.

- Faça seu comentário sobre os assuntos discutidos.
- Faça seu comentário em relação às facilitadoras das atividades.

5.3.1.1 Integralidade do Cuidado

Trabalhou-se o comparativo dos discursos dos acadêmicos antes e após participação das atividades de EP.

Foram observados no DSC dos estudantes, anteriormente ao programa de EP, expressões que definiram a Integralidade do Cuidado baseadas na interpretação literal da expressão linguística, no senso comum, nos saberes oriundos de: experiências obtidas em salas de aula, em campo de estágio ou em vivências como paciente ou acompanhante. Nos momentos anterior e posterior ao programa de EP, embora os sujeitos tenham sido os mesmos, observou-se que os discursos externaram percepções diferentes, corroborando com a ideia de uma interferência positiva realizada pela EP nas concepções e práticas dos sujeitos pesquisados, conforme se pode notar pelos exemplos de DSC, pré-questionário:

“[...] Integralidade do Cuidado é um princípio e diretriz do SUS, consiste em dar assistência ao indivíduo como um todo [...]” (DSC-1).

“[...] a Integralidade no SUS compreende a união dos profissionais da área da saúde [...]” (DSC-2).

“[...] No SUS, há uma distância entre os profissionais, a interação multiprofissional é precária e ainda bem imatura [...]” (DSC-3).

Pode-se interpretá-los como discursos em que os sujeitos têm conhecimento teórico incipiente acerca da Integralidade, como citado no DSC-1. Nota-se uma conotação, no DSC-2, de que a Integralidade depende do trabalho em equipe. E no DSC-3, observa-se, de forma reducionista, que os profissionais de saúde não trabalham em equipe e por isso a ocorrência de integralidade é imatura.

Em comparação com os DSCs coletados após a finalização dos encontros de EP, notou-se que, nestes últimos, a fala foi mais densa, mais complexa, profunda e sensível:

“[...] Por exemplo, quando o paciente é atingido por uma doença, no processo de internação há inúmeras mudanças em sua vida e de sua família, além de um problema orgânico, sua rotina é totalmente modificada, sua relação com o trabalho e com as pessoas, além dos medos, fantasias e sentimentos que surgem em meio a estas situações, por isso é de extrema importância [...]” (DSC-1).

Foi possível observar no DSC-2: *“[...] processo onde se mescla o teórico com algo além [...]”*, uma maior compreensão dos sujeitos em relação ao cuidado, em que a Integralidade vai além do conhecimento teórico e da categoria profissional e no DSC-3, em que estar disposto a cuidar é trabalhar para alcançar a Integralidade. Em relação ao DSC-3, destaca-se:

“[...] é algo que vai além de uma instituição, o cuidado é holístico, que não envolve apenas a saúde como atenção emergencial, curativa, mas preventiva, dando atenção à sociedade, às relações pessoais, atenção ao psicológico do indivíduo onde os serviços de apoio têm livre comunicação e um foco comum. Um exemplo é o planejamento do encaminhamento do usuário da atenção terciária para a continuação de seu tratamento na atenção primária, também a criação de espaços de conversas, de cooperação além da produção compartilhada de protocolos, assim como a gestão coletiva dos procedimentos com a integração do sistema.”

Percebeu-se, com base no material verbalizado, discursos mais trabalhados acerca da Integralidade, entendida como um cuidado ampliado que não se reduz a uma instituição mas sim transita em toda a parte, em prol do paciente, se corporifica em cuidado, em todos os níveis de atenção e tem na comunicação uma grande ferramenta de apoio e viabilização. Como exemplo desta situação, colocou-se o planejamento de alta. Isto revelou a aproximação que os acadêmicos tiveram com as equipes de saúde e pacientes, saindo do conhecimento teórico para o trabalho vivo e oportunidade de problematizar, dialogar e construir novas práticas de saúde.

Observou-se a Integralidade do Cuidado pensada em rede, como objeto de reflexão para ressignificar as práticas da equipe de saúde e sua gerência. Houve a compreensão de que ela existe em vários cenários, uma vez que as tecnologias disponíveis em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla rede de serviços e a melhoria das condições de vida depende de um esforço intersetorial⁽⁴⁹⁾.

Assim, a Integralidade também pôde ser entendida como a união de ações e serviços integrados em todos os níveis de atenção, preventivos e curativos,

individuais e coletivos, em cada situação, em todo o sistema de saúde. Quando constituída como ato em saúde, no cotidiano dos trabalhadores desta área, tem produzido experiências que transformaram a vida das pessoas, sendo possível a superação dos modelos idealizados para a realização do cuidado⁽⁵⁰⁾.

Por fim, com base nas aspirações expostas nesses discursos, ficou evidente que a EP aplicada constituiu-se em uma das alternativas viáveis de mudanças no espaço de trabalho, por meio da qual é possível transcender ao tecnicismo instigando a participação ativa do educando tanto no processo de cuidar como no desenvolvimento de sua capacidade crítica e de crescimento⁽⁵¹⁾.

5.3.1.2 Trabalho em Equipe Interdisciplinar

De forma geral, as necessidades de saúde são complexas e são oriundas de uma grande malha de mobilizadores, demandam, assim, uma diversidade de tecnologias para acessá-las e garantir sua identificação e um cuidado qualificado. Desse modo, torna-se prioritário um olhar ampliado para os trabalhadores, com o intuito de instrumentalizá-los e sensibilizá-los sobre o modelo de cuidado que realizam e que possam vir a desenvolver, para que aprimorem suas práticas e desempenhem ações que atendam às necessidades de saúde e respondam por um cuidado qualificado à pessoa, além de possibilitar gratificações no exercício de sua prática.

Neste sentido, o Trabalho em Equipe – compreendido como uma estratégia concebida pelo homem para melhorar a efetividade dos resultados – e a abordagem Interdisciplinar – que possibilita a troca de saberes profissionais especializados e complementares em diversos campos – exercem, dentro de um mesmo cenário, a substituição de uma concepção fragmentada e distante por uma visão abrangente sobre o ser humano⁽⁵²⁾.

Assim, o Trabalho em Equipe Interdisciplinar possibilita ampliação da escuta, maior acolhimento e cuidado, avança de um modelo segmentado para um integral, o que, ao se considerar o modelo biomédico ainda hegemônico, significa um grande desafio a ser superado. É necessário, portanto, ressignificar as práticas e construir relações dialógicas entre seus atores.

Para produzir mudanças nos processos de gestão e de atenção, é essencial que se tenha a capacidade de questionar e confrontar os fazeres e as concepções vigentes (teoria e prática); sendo capaz de problematizá-las na rotina do trabalho de cada equipe e de construir novos pactos de convivência e práticas que aproximem os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade⁽⁵³⁾.

Em consonância com estas colocações, a análise dos DSCs, pré-questionário, já revelou pensamentos que vão ao encontro do referencial teórico: “equipe interdisciplinar”⁽⁵²⁾.

“[...] É o atendimento realizado ao paciente por uma equipe de profissionais em busca de um objetivo comum, assim possibilita aos profissionais o olhar abrangente sobre o paciente, bem como tratar o paciente de forma integral. Trabalho em Equipe Interdisciplinar é um trabalho em sintonia, onde um precisa ajudar ao outro, enfim, é o trabalho integrado entre os componentes da equipe para promover estratégias e ações que visam prestar cuidado e maior conforto ao paciente”. (DSC-1, pré-questionário).

Contudo, aspectos mais representativos de uma abordagem integrada, dialógica pautada na participação, ética e respeitos mútuos aparece mais claramente no DSC pós-questionário:

“É um trabalho com equipes de diferentes áreas e com profissionais de diversas especialidades em busca de um único objetivo. Assim, o diálogo permanente entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos e outros trabalhando com possibilidade de discutirem e compreenderem questões relacionadas ao mesmo paciente, o tratamento fica mais completo. Assim, o Trabalho em Equipe Interdisciplinar significa a união das disciplinas, bem como a comunicação entre seres e troca de conhecimentos, pois todas as áreas da saúde têm seu papel no cuidado do paciente. Então, saber interagir com respeito utilizando da tecnologia leve, poder contar com a ajuda dos outros profissionais, assim como estar disposto a ajudar é necessário para promover saúde a um indivíduo.” (DSC-1, pós-questionário).

Valendo-se desta perspectiva, é possível afirmar que a EP pode contribuir para a construção de novos saberes, concepções e provavelmente de novas posturas no cotidiano⁽⁵¹⁾.

5.3.1.3 Humanização na área da saúde

Humanização, entendida como base ética e uma política formadora na atenção e gestão em saúde, apoia-se em diálogo, participação, respeito mútuo e cooperação entre os trabalhadores da saúde. Valoriza a comunicação, as capacidades técnico-científicas e a constituição de vínculos entre profissionais, os serviços e a comunidade para a apreensão das subjetividades dos usuários e a postura ativa e inovadora das equipes de saúde⁽³⁴⁾.

Comparado a este conceito teórico, o DSC anterior à participação das atividades de EP, trouxe uma ideia ingênua, focada numa concepção holística e fraternal, mas que se abriu para a relevância do papel da comunicação no cuidado em saúde. A esse respeito, destaca-se o seguinte excerto:

“[...] Humanização na saúde é visar o paciente como um todo, é o acolhimento não apenas de um doente e sim de um ser humano que tem sentimento, fragilidades, família, angústia e precisa de uma atenção especial, logo, Humanização é ter um olhar ampliado para as necessidades do paciente respeitando suas vontades, é se colocar no lugar do outro. Ainda, Humanização é ter a consciência de que a comunicação dos profissionais de saúde e paciente é importante, amplia a escuta, possibilita observar detalhes antes não percebidos, mas que são importantes para a reabilitação do paciente”. (DSC-1, pré-questionário).

Já, nos elementos discursivos após a participação da EP, percebeu-se conteúdos mais ampliados, em que se destacou a profundidade ética e o compromisso que vão ao encontro do referencial teórico acima citado:

“[...] A política de Humanização em saúde deve estar aberta para um trabalho ágil e resolutivo que estimule a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários. O trabalho humanizado visa mais que a recuperação física do paciente, a promoção do seu bem-estar sem distinção de raça, idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual. Vai além das técnicas, então, é necessária uma equipe interdisciplinar que possa garantir o direito de todos, reduzir as filas e o tempo de espera e assim criar um ambiente acolhedor [...]” (DSC-2, pós-questionário)

Ficou evidenciado, no discurso acima, um envolvimento e compromisso com a qualidade do cuidado, que é possível proporcionar aos estudantes novas formas de encarar o conhecimento, pois, não basta “saber” ou “fazer”, é preciso “saber

fazer”. Assim, quando o conhecimento e a ação permanecem integrados, potencializa nos sujeitos a autonomia e a capacidade de aprender constantemente e de relacionar teoria e prática⁽⁵⁴⁾.

5.3.1.4 A compreensão sobre EP

A análise do DSC revelou, nas repostas dos sujeitos, elementos discursivos relevantes com relação à EP, o reconhecimento de um importante espaço para construção de conhecimentos, reflexões individuais e coletivas. Espaço para construção de vínculos e fortalecimento tanto pessoal quanto da identidade profissional. Uma possibilidade de desenvolvimento de competência relacional, comunicacional, de se desenvolver pressupostos para o Trabalho em Equipe e consciência cidadã, como se pode observar no discurso abaixo:

“[...] A educação permanente é uma ferramenta que auxilia os profissionais a observarem as ações do dia a dia, escutarem pontos de vista diferentes e é um momento de reflexão em rodas ou grupo. Um espaço onde se tem a oportunidade de conhecer, através do diálogo, o trabalho de diferentes profissionais e o ponto de vista de cada um, assim, traz discussões acerca de como estamos realizando o atendimento do paciente e seus familiares, como estamos nos colocando na equipe, as dificuldades que os profissionais encaram ao trabalhar no SUS e a prática de estágio dentro do hospital. Tendo como base os princípios do SUS, auxilia as nossas discussões de ordem teórica e prática, ensina a refletir a importância da comunicação e como lidar com as diversas realidades do nosso trabalho. Ademais, Educação Permanente é complexa, abrange não só profissionais como população (usuários) e assim possibilita ao profissional renovar suas ideias, revendo valores essenciais como: Humanização, Trabalho em Equipe Interdisciplinar e Integralidade [...]”. (DSC-2, Quadro 4)

As expressões que valorizam a importância do diálogo e da comunicação entre os profissionais demonstraram um compromisso metacrítico de si próprios e do agir na construção do cuidado.

No DSC-3, abaixo, as ideias expressaram a EP como uma ferramenta importante que possibilita integração da educação com a saúde, para possível transformação das práticas e da organização do serviço de saúde:

“[...] Educação Permanente é uma proposta pedagógica que visa unir a educação com a saúde, bem como transformar e modificar nossas ações, é a consciência de que os processos formativos e as práticas devam sempre

melhorar, enfim, educação e saúde devem andar juntas e, assim, modificar o nosso olhar para incentivar a organização dos serviços.” (DSC-3, Quadro 4)

Foi possível identificar, nas falas citadas, uma compreensão de valorização plena de significados construtivos acerca do conceito de EP, conceito este produzido processualmente com base em sua vivência.

5.3.2 Avaliação das atividades de EP

Comentário em relação às atividades desenvolvidas no grupo

Foi possível observar, nos DSCs dos estudantes, que as atividades em grupo proporcionaram aos acadêmicos a oportunidade de dialogarem, compartilharem suas impressões, dúvidas, angústias e ressignificarem as ações desenvolvidas em campo de estágio. A oportunidade de falarem e serem ouvidos e construir conhecimentos constitui-se aspecto evidenciado no DSC. Estas características foram explicitadas como fatores que contribuíram para transformações pessoais e profissionais dos indivíduos.

Foi, ainda, externada a importância do respeito, da troca de experiências, do acolhimento, da cumplicidade para o fortalecimento e êxito das atividades em grupo e demonstrada a valorização e empenho no desenvolvimento de habilidades de comunicação, como no exemplo:

“As atividades em grupo ajudaram no meu crescimento pessoal e profissional e ampliaram a visão para o cuidado com o cliente, cada um em prol do cuidado ampliou a visão para um bom trabalho em equipe. Então, as atividades em grupo servem para trocar conhecimentos e experiências e assim ser um bom profissional [...]” (DSC-2, Quadro 5)

Pôde-se, também, perceber que os alunos entenderam o movimento grupal ao salientarem o prejuízo nas discussões ocasionado pela ausência dos estudantes de Medicina e Serviço Social nos grupos e pouca participação de alguns integrantes, conforme segue:

“[...] a falta da participação dos estudantes de Medicina e Serviço Social e a falta de compromisso das pessoas em algum momento, comprometeram a discussão [...]” (DSC-3, Quadro 5).

Assim, a vivência de grupo operativo favoreceu aos estudantes a constituição de um pacto grupal que compôs a conformação de uma equipe, com base na apreensão que cada indivíduo teve da dinâmica grupal, representada, aqui, pelo estabelecimento de compromisso e respeito. O que, coletivamente, produziu conhecimentos e aprendizados tanto no espaço comum quanto individual e na micropolítica de seu processo de trabalho.⁽⁴⁶⁾

Comentário sobre os assuntos discutidos

Foi possível constatar a importância dos temas: SUS, integralidade, universalidade, equidade e trabalho em equipe. Os quais foram considerados importantes para a compreensão dos processos de trabalho e ofereceram subsídios para a transformação das práticas e desenvolvimento do cuidado integral em saúde, como se observou:

“[...] Esclareceu em quesitos onde éramos leigos nos trazendo a realidade dos usuários do SUS, então é importante, discutir, refletir e somar experiências de diversas áreas para promover ações com outra percepção e melhorar o trabalho na saúde [...]” (DSC-1, Quadro 6)

Também foi possível destacar, entre as temáticas discutidas, a abordagem de aspectos relacionais, nos quais os sujeitos valorizaram a Comunicação, o Trabalho em Equipe e a Humanização como eixos fundamentais para o cuidado humanizado. O que foi evidenciado nos trechos:

“[...] É essencial destacar a importância da Humanização e da Comunicação em todas as áreas como no atendimento primário, secundário e terciário bem como nas diferentes unidades de atendimento: UBS, ESF e Pronto Socorro [...]” (DSC-2, Quadro 6)

“[...] Acredito que assuntos como o bom relacionamento e a Comunicação devam ser retomados sempre, assim, aprofundar sobre o uso das tecnologias leves é muito importante para melhorar o trabalho e o atendimento ao paciente [...]” (DSC-2, Quadro 6)

Por fim, valendo-se das aspirações expostas nos discursos, denotou-se que os temas permitiram aos acadêmicos ampliarem seus conhecimentos e compreenderem

que o trabalho em saúde vai além do cuidado ao indivíduo adoecido. Destacou-se, igualmente, o reconhecimento do trabalho das equipes, de sua integração interna e sistêmica e da necessidade da comunicação entre paciente/equipe/gestores para a efetivação do cuidado humanizado e em redes.

Comentário em relação às facilitadoras das atividades

A análise dos elementos discursivos expressou a importância das facilitadoras na mediação das atividades grupais.

“[...] Souberam mediar o grupo com seus apontamentos estimulando os demais participantes a se posicionarem, assim instigavam os estudantes a expor assuntos abordados com frequência. [...]” (DSC-1, Quadro 7)

Foi possível identificar o reconhecimento do desempenho das facilitadoras conforme o exemplo que se segue:

“[...] Discutíamos assuntos amplos, graças ao jogo de cintura, paciência, tolerância em ouvir o que tínhamos para falar a respeito dos temas, assim dávamos nossas opiniões sem medo. [...]” (DSC-3, Quadro 7)

Assim, estas ideias sugeriram que, para os acadêmicos, a mediação das facilitadoras demonstrou capacidades cognitiva e atitudinal (compreensão e confiança) que auxiliaram significativamente nas atividades. Mantiveram o grupo dinâmico e possibilitaram aos estudantes uma participação isenta de medos e preconceitos.

6 CONCLUSÃO

A EPS parece buscar o resgate do sentido ético-político da reforma Sanitária, contudo, a forma como vem se desenvolvendo demonstra pouca atenção aos determinantes sociopolíticos dos processos de trabalho, segundo estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz, em 2006, tendo, então, este cuidado permeado o desenvolvimento deste trabalho⁽²⁾.

Deixou, portanto, explícita a importância de não se reduzir o processo de EP a uma discussão superficial e ingênua acerca das tecnologias leves, mas considerar nesta todas as dimensões histórico-político-econômicas dos sujeitos e das instituições.

No presente estudo, especificamente, ficou expressa a identidade do estudante estagiário com a construção do cuidado em saúde, seu compromisso, vínculo e responsabilização, de modo que se tornou plausível mesmo tendo admitida a sua distinta inserção no processo de trabalho, considerá-lo trabalhador na saúde.

O reducionismo acerca das tecnologias leves foi confrontado por meio do aprofundamento teórico e da abordagem metacrítica dos processos de construção de cuidado que localizou o ator, seu papel e contexto tanto na micropolítica quanto na macropolítica.

Os discursos capturados em nosso trabalho retrataram que as atividades de EP desenvolvidas com os dois grupos de estagiários, de diferentes profissões da área da saúde, permitiram romper o limite disciplinar e de especialidade, centralizaram seu processo educativo na construção da compreensão das diretrizes do SUS e missão institucional e fortaleceram o cuidado em saúde.

O cuidado foi aqui considerado como o resultado do encontro de toda subjetividade, significados e significantes quanto sua construção mobilizou. Neste sentido, foi possível:

- estabelecer relações mais horizontais entre os participantes, já que o ato de cuidar foi comum a todos os trabalhadores;
- atuar mais consistentemente, ao se problematizar o mundo do trabalho e as tecnologias leves (espaço relacional). Assim, emergiram tanto as necessidades dos usuários quanto as dos estudantes, as quais orientaram a (re)construção das práticas;

- reduzir a fragmentação das especificidades, burocracias e práticas cristalizadas. O núcleo comum, o trabalho em saúde, proporcionou diálogo, socialização de vivências e interação entre os participantes;
- compartilhar as práticas, ansiedades e reafirmar a responsabilização de cada um para com o cuidado e com o usuário;
- desenvolver o sentido de autonomia, cidadania e implicação dos estudantes na produção, gerenciamento e avaliação do seu processo de trabalho, uma vez que todos têm a mesma capacidade: construir cuidado.

Conclui-se, assim, que o objetivo geral de elaboração de metodologia de EP que envolva acadêmicos do curso de Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, em grupos de discussão do processo de trabalho na instituição onde estão inseridos como estagiários foi atingido.

Os objetivos específicos – promover a reflexão sobre as práticas de trabalho na instituição em que estão inseridos, aprender a aprender, desenvolver a comunicação entre a equipe multiprofissional, despertar a capacidade de escuta dos sujeitos (membros das equipes, usuários, familiares), sensibilizar para o envolvimento e responsabilização para com o usuário e construir coletivamente novas possibilidades de práticas de trabalho – foram, em consonância com a compreensão dos discursos, alcançados. Contudo, só poderá ser dimensionado na teia viva das relações e da construção do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Santana CMBS, Liliane CC, Vilma RC. Estudo dos princípios da educação permanente e do projeto da reforma sanitária na formulação da educação permanente em saúde [trabalho de conclusão de curso de especialização]. Recife (PE): Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
2. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde. Observatório dos Técnicos em Saúde. Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Relatório Final. Rio de Janeiro (RJ), dezembro 2006.
3. Quintana PB, Roschke MAC, Ribeiro ECO. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. In: Haddad JQ, Roschke MAC, Davini MC, editores. Educación permanente de personal de salud. Washington (D.C): OPS; 1994. Cap. II, p.33-61. (Serie desarrollo de recursos humanos en salud; 100).
4. Motta JIJ, Buss P, Nunes TCM. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. Olho Mágico. 2001;8(3):4-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS; Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2003.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília; 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília; 2007.
8. Davini MC. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 39-63.
9. Pelizzari A, Kriegl ML, Baron MP, Finck NTL, Dorocinski SI. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. Rev PEC. 2001 - 2002;2(1):39-42.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.

11. Ceccim RB, Feuerwerker MCL. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Publica*. set./out. 2004;20(5):1400-10.
12. Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev Bras Enfer*. 2006;59(4):532-6.
13. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):48-56.
14. Morin E. Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2009.
15. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde, Núcleo Técnico de Humanização. Política Estadual de Humanização – PEH. São Paulo; 2012.
16. Tonhom SF da R. Os egressos como atores do processo de avaliação curricular do curso de Enfermagem da Famema. *Interface Comun Saúde Educ*. 2008;12(27):931-2.
17. Correa Almeida AC et al. Cartilha do Programa de Educação Permanente do Hospital Regional de Assis. 2009. [citado 2011 out. 20]. Disponível em: www.hra.famema.br.
18. Tavares M de FL, Zancan L, Carvalho AI de, Rocha RM da. Promoção da saúde como política e a Política Nacional de Promoção da Saúde. In: Gondim R, Grabois V, Mendes W, organizadores. *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro (RJ): EAD/Ensp; 2011. p. 297-307.
19. Martins NFCM, Bógus MC. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde soc*. set./dez. 2004;13(3): 44-57.
20. Ceccim RB. Relatório da Oficina da Região Central. In: *Anais do Fórum Nacional de Educação dos Profissionais da Área da Saúde*; 2007; Belo Horizonte, MG [internet]. Belo Horizonte (MG): FNEPAS; 2007. [citado 10 nov 2011]. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/relatorios_fnepas/relatorio_central.pdf
21. Gil AC. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas; 1999.
22. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas; 1992.
23. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)*. Caxias do Sul (RS): Educsc; 2005. Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo; p.13-35.
24. Marconi MA, Lakatos EM. *Fundamentos de metodologia científica*. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.
25. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. *Metodologia de pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill Interamericana do Brasil; 2006.

26. Vinogradov S, Yalom ID. Guia Breve de Psicoterapia de Grupo. Barcelona: Paidós; 1996.
27. Bueno D, Siebert M. Contribuição de grupos operativos no fortalecimento da atenção primária à saúde. Rev APS. 2008;11(4):468-73.
28. Zimerman DE. Fundamentos básicos das grupoterapias. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
29. Pichon-Rivière E. O processo grupal, psicologia e pedagogia. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
30. Dias RB, Castro FM. Grupos Operativos. Belo Horizonte: MFC; 2006. [citado 2013 jan. 09]. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/goperativo.htm>
31. Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Rev Bras Enferm. 2004;57(5):605-10.
32. Pinheiro R, Mattos RAD, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ/IMS/ABRASCO; 2001.
33. Weffort MF. O que é um grupo? In: Weffort MF, Davini J, Camargo F, Martins MC. Grupo-Indivíduo, Saber e Parceria: malhas do conhecimento. São Paulo: Espaço Pedagógico; 1994. p. 17-26.
34. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde, Núcleo Técnico de Humanização. Política Estadual de Humanização – PEH. São Paulo; 2012.
35. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social. Um enfoque qualiquantitativo. A metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 2ª ed. Brasília: Liber Livro; 2012. (Série Pesquisa, 20).
36. Lefèvre F, Lefèvre AMC. QualiQuantiSoft®. SPi - Sales & Paschoal Informática. <http://www.spi-net.com.br/cadcli.asp> [acesso em 08/09/2012].
37. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface Comun Saúde Educ. 2004/2005;9(16):161-77.
38. Cotrim-Guimarães IMA. Programa de educação permanente e continuada da equipe de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
39. Freire P. Pedagogia do oprimido. 50ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
40. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 29ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996. (Coleção Leitura).

41. Feitosa SCS. Método Paulo Freire: princípios e práticas de uma concepção popular de Educação [dissertação]. São Paulo (SP): FE-USP; 1999. [citado 2013 jan. 12]. Disponível em: http://educampoparaense.org/site/media/biblioteca/pdf/180_METODO_PAULO_FREIRE.pdf
42. Gadotti M. O pensamento pedagógico brasileiro. 8ª ed. São Paulo: Ática; 2006.
43. Davini MC, Roschke MAC. Conocimiento Significativo: el diseño de un proyecto de educación permanente en salud. In: Haddad-QJ, Roschke MAC, Davini MC, editores. Educacion Permanente de Personal de Salud. Washington (DC): OPS; 1994. p.127-42.
44. Davini MC. Practicas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. In: Haddad-QJ, Roschke MAC, Davini MC, editores. Educacion Permanente de Personal de Salud. Washington (D.C): OPS; 1994. p.109-26.
45. Piancastelli CH, Faria HP, Silveira MR. O trabalho em equipe. In: Brasil. Ministério da Saúde. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS; 2000. p. 45-50.
46. Lucchese R, Barros S. Grupo operativo como estratégia pedagógica em um curso de graduação em enfermagem: um continente para as vivências dos alunos quartanistas. Rev Esc Enferm USP. 2002;36(1):66-74.
47. Faculdade de Medicina de Marília. Caderno do Programa de Desenvolvimento Docente: Cursos de Medicina e Enfermagem. Marília: Famema; 2008. [citado 2009 maio 25]. Disponível em: <http://www.famema.br/capacitacao/caderno.php>
48. Aperibense PGG de S, Barreira I de A. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(3):474-482.
49. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. 3ª ed. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. p. 113-26.
50. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2006.
51. Silva LAA, Franco GP, Leite M T, Pinno C, Lima VML, Saraiva N. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. Texto contexto enferm. abr.-jun. 2011;20(2):340-8.
52. Oliveira ERA, Fiorin BH, Lopes LJ, Gomes MJ, Coelho SO, Morra JS. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. Rev Bras Pesq Saúde. 2011;13(4):28-34.

53. Ceccim RB. Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comun Saúde Educ.* 2004/2005;9(16):161-77.
54. Paschoal AS, Mantovani M de F, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):478-84.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: A contribuição da Educação Permanente para a formação de profissionais na área da saúde

Estamos desenvolvendo este estudo com o objetivo de avaliar a contribuição da Educação Permanente(EP) para a formação de profissionais na área da saúde. Entendendo que a EP é um processo de construção de aprendizagem que pode possibilitar a melhoria de qualidade do cuidado em saúde e maior capacitação dos profissionais nessa área, a utilização desta estratégia (EP) na formação dos novos profissionais pode favorecer que os mesmos desenvolvam maior aproximação com sua prática.

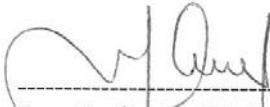
Trata-se de uma proposta de atividades em grupo, semanal, com duração de 2 horas cada, que contando com a presença de um mediador, se propõe a discutir as práticas vivenciadas nos processos de trabalho em saúde. Por meio deste trabalho objetiva-se a construção de reflexões e conhecimentos capazes de fortalecer os sujeitos e transformar as práticas em saúde. O acadêmico participante da proposta será inserido em um dos quatro ciclos de 12 semanas de atividades. Também será solicitado ao participante, para fins de análise dos resultados do estudo, que após compreensão da proposta responda de forma anônima a um questionário com questões discursivas que será aplicado antes do início do ciclo de atividades e após seu término.

Para que esse estudo possa ser desenvolvido, concordo em dar minha valiosa colaboração participando do mesmo. Autorizo a divulgação das informações obtidas, mantendo-se o caráter de sigilo das mesmas. Para tanto estou ciente de que:

- Recebi todas as informações necessárias sobre a pesquisa a ser desenvolvida;
- Terei minha identificação preservada;
- Poderei retirar o meu consentimento em qualquer parte dos questionários sem problemas por este ato;
- Não sofrerei nenhum prejuízo por minha participação ou caso desista da mesma durante o processo;
- Não sofrerei nenhum tipo de coação caso me encontre impossibilitado de participar de qualquer das atividades previstas;
- Estou ciente que as atividades ocorrerão no meu local de estágio e serão inseridas na grade horária deste;
- Estou ciente que minha participação nesta atividade é respaldada pela minha instituição educacional de origem;

Sujeito

Pesquisador principal



Presidente do CEEP

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiróz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos
Faculdade de Medicina de Marília / FANEMA

-
- Serei informado (a) dos resultados dos estudos e
 - Serei esclarecido de qualquer dúvida por meio de contato com o pesquisador responsável.

Informamos ainda que sua participação não implicará em custos financeiros para você ou para o sistema de saúde;


É importante que saiba que os resultados do estudo podem ser divulgados em eventos científicos ou publicados em revista científica.


Caso possa colaborar com o estudo, para atender as exigências éticas de pesquisa com seres humanos queira, por favor, preencher este termo de consentimento.

Eu _____ portador do RG nº _____ após ter sido informado (a) sobre o trabalho, concordo em participar do mesmo.

Marília, ____ de _____ de 2011/2012.

Assinatura do Participante


Ana Claudia Correa de Almeida
RG:30421800-5
Corem:94311
correiaalmeida@yahoo.com.br



Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiróz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos
Faculdade de Medicina de Marília / FANEMA

APÊNDICE B – Pré-Questionário

18

PRÉ QUESTIONÁRIO

- 1- Como você compreende a integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde. Exemplifique-os.
- 2- Qual o significado do trabalho em equipe interdisciplinar?
- 3- O que você entende por humanização na área da saúde?

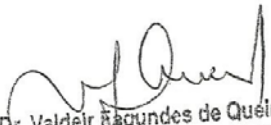


Prof. Dr. Valdeir Ragundes de Queiróz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos
Faculdade de Medicina de Marília / FAMEMA

APÊNDICE C – Pós-Questionário

PÓS QUESTIONÁRIO

1. Como você compreende a integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde? Exemplifique-os.
2. Qual o significado do trabalho em equipe interdisciplinar?
3. O que você entende por humanização na área da saúde?
4. Qual a sua compreensão sobre Educação Permanente em Saúde?


Prof. Dr. Valdeir Agundes de Queiróz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos
Faculdade de Medicina de Marília / FAMEMA

APÊNDICE D - Grupo de Educação Permanente - Avaliação

1) Em relação às atividades desenvolvidas no grupo faça seu comentário.

2) Faça seu comentário sobre os assuntos discutidos.

3) Faça seu comentário em relação às facilitadoras das atividades.

4) De acordo com sua opinião, há relevância em participar no grupo de Educação Permanente?

Sim ()

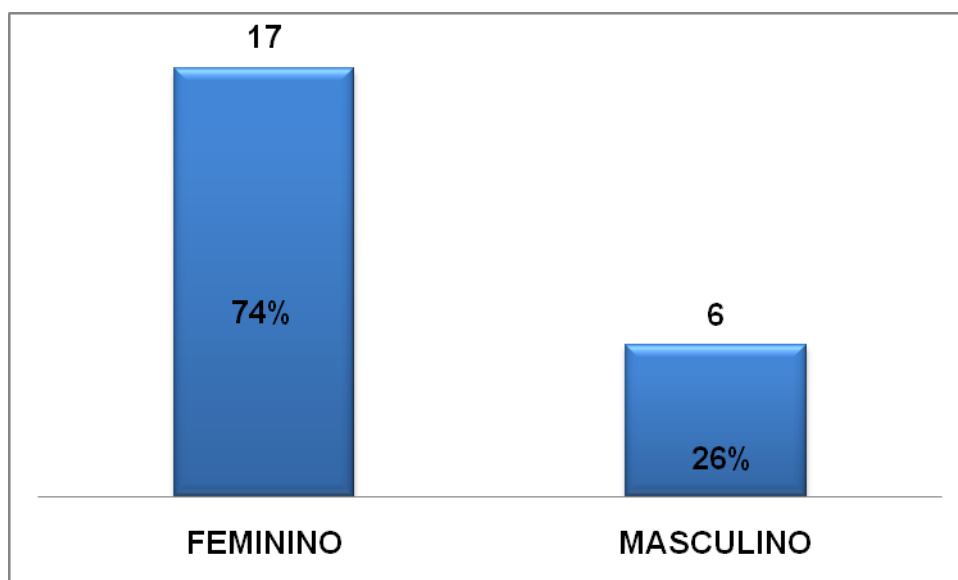
Não ()

Conceito final: () satisfatório

() insatisfatório

APÊNDICE E - Distribuição dos estudantes segundo o gênero

Figura 1 - Distribuição por gênero



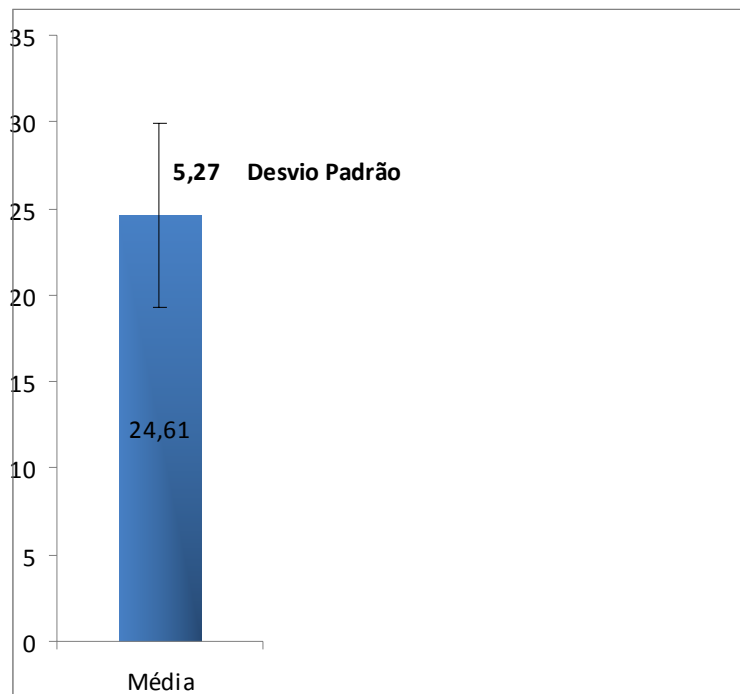
Fonte: A Autora.

Tabela 1 - Distribuição segundo o gênero

	Sujeitos	Porcentagem
FEMININO	17	74%
MASCULINO	6	26%

APÊNDICE F – Distribuição segundo a idade

Figura 2 - Distribuição por idade (anos)



Fonte: A Autora.

Tabela 2 - Distribuição segundo a idade (anos)

Sujeitos	Idade
1	24
2	24
3	24
4	35
5	21
6	21
7	20
8	21
9	23
10	37
11	23
12	24
13	20
14	21

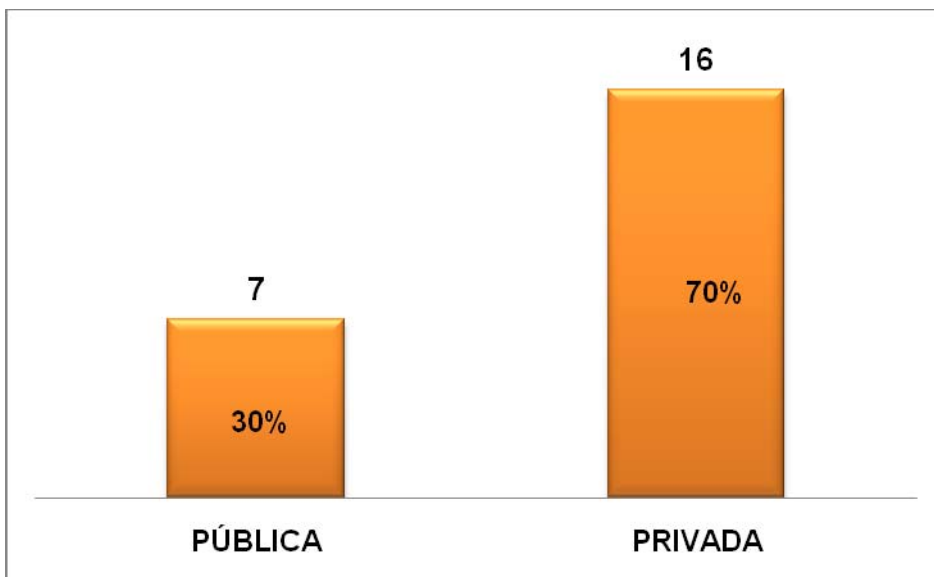
(continua)

(conclusão)

Sujeitos	Idade
15	21
16	26
17	23
18	21
19	22
20	23
21	38
22	30
23	24
MÉDIA	24,61
DESVIO-PADRÃO	5,27

APÊNDICE G – Distribuição dos estudantes segundo natureza da instituição de ensino superior formadora

Figura 3 - Distribuição segundo o tipo de instituição de ensino superior



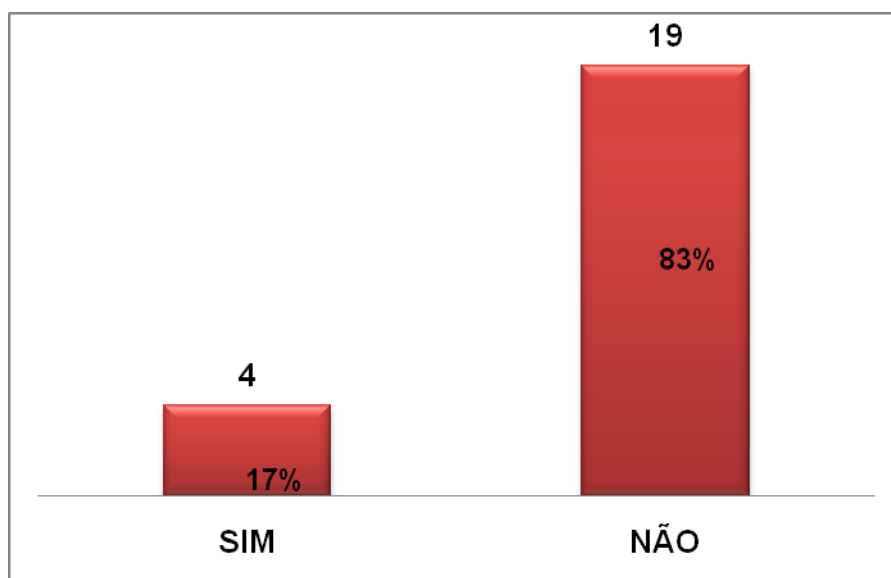
Fonte: A Autora.

Tabela 3 - Distribuição segundo o tipo de instituição de ensino superior

	Sujeitos	Porcentagem
PÚBLICA	7	30%
PRIVADA	16	70%

APÊNDICE H – Formação técnica profissional anterior

Figura 4 - Formação técnica anterior



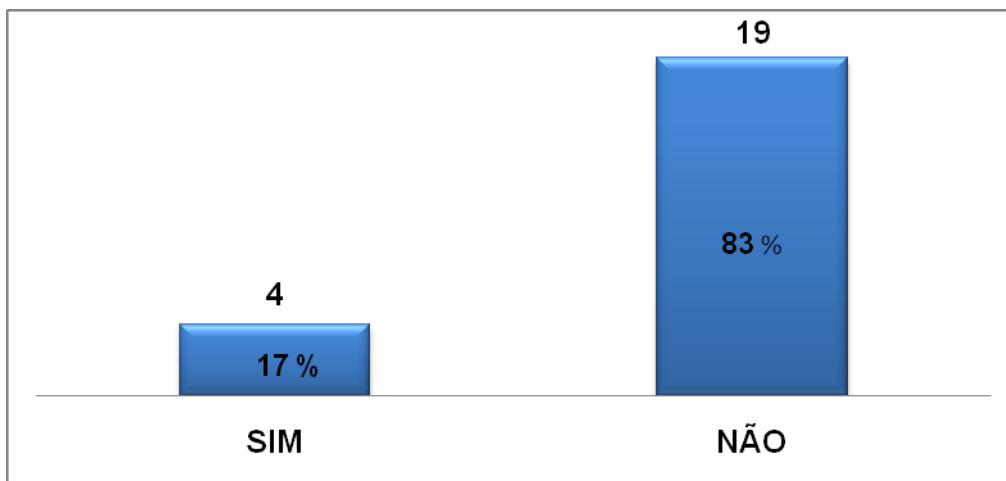
Fonte: A Autora.

Tabela 4 - Formação técnica anterior

	Curso técnico	Porcentagem
SIM	4	17%
NÃO	19	83%

APÊNDICE I – Experiência anterior no trabalho em saúde

Figura 5 - Trabalha ou já trabalhou na área da saúde.



Fonte: A Autora.

Tabela 5 - Trabalha ou já trabalhou na área da saúde

	Sujeitos	Porcentagem
SIM	4	17%
NÃO	19	83%

APÊNDICE J – Distribuição dos estudantes por curso

Tabela 6 - Distribuição por curso

	Sujeitos	Porcentagem
ENFERMAGEM	8	35%
FISIOTERAPIA	8	35%
SERVIÇO SOCIAL	1	4%
PSICOLOGIA	6	26%

APÊNDICE K – Número de desistentes e porcentagem por curso

Tabela 7 - Desistência por curso

	Sujeitos (total)	Número de desistentes	Porcentagem
ENFERMAGEM	9	1	9%
FISIOTERAPIA	8	0	0
SERVIÇO SOCIAL	3	2	66,6%
PSICOLOGIA	7	1	14,3%
TOTAL	27	4	14,81%

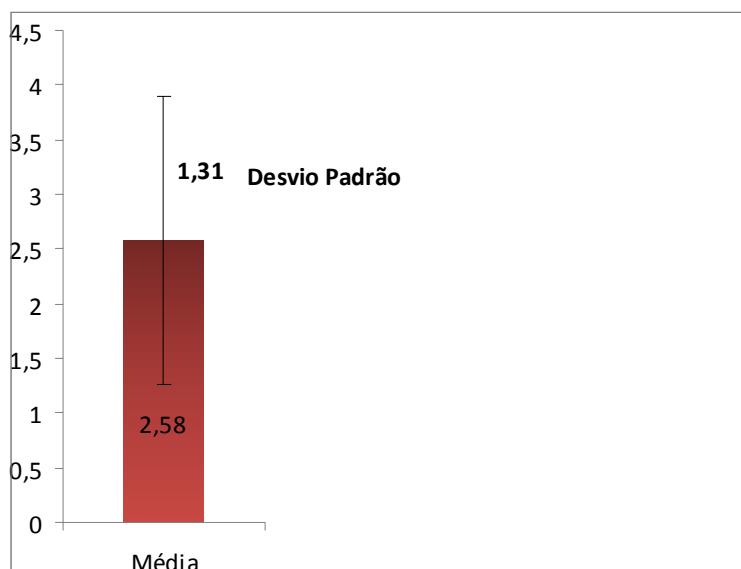
APÊNDICE L – Distribuição da frequência dos estudantes

Tabela 8 - Distribuição da frequência

Sujeitos	Frequência	Porcentagem
1	9	90%
2	6	60%
3	6	60%
4	6	60%
5	8	80%
6	8	80%
7	8	80%
8	6	60%
9	7	70%
10	10	100%
11	7	70%
12	8	80%
13	10	100%
14	10	100%
15	10	100%
16	10	100%
17	7	70%
18	10	100%
19	8	80%
20	8	80%
21	8	80%
22	8	80%
23	8	80%
Média	8,09	80,9%
Desvio-Padrão	1,41	14,1%

APÊNDICE M - Número de ausências no primeiro grupo: tabela e figura

Figura 09 - Média do número de ausências e desvio-padrão no primeiro grupo



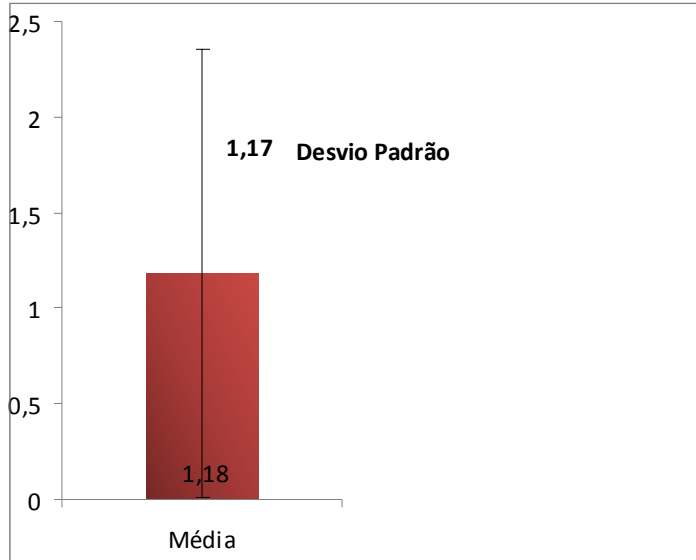
Fonte: A Autora.

Tabela 9 - Número de ausências no primeiro grupo

Sujeitos	Ausência	Porcentagem
1	1	10%
2	4	40%
3	4	40%
4	4	40%
5	2	20%
6	2	20%
7	2	20%
8	4	40%
9	3	30%
10	0	0%
11	3	30%
12	2	20%
Média	2,58	25,8%
Desvio-Padrão	1,31	13,1%

APÊNDICE N – Número de ausências no segundo grupo: tabela e figura

Figura 10 - Média do número de ausências e desvio-padrão no segundo grupo



Fonte: A Autora.

Tabela 10 - Número de ausências no segundo grupo

Sujeitos	Ausência	Porcentagem
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
5	3	30%
6	0	0%
7	2	20%
8	2	20%
9	2	20%
10	2	20%
11	2	20%
Média	1,18	11,8%
Desv. Padrão	1,17	11,7%

ANEXO

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Marília, 06 de Dezembro de 2011

Ilmo^(a) Sr.^(a)
Ana Claudia Correa de Almeida
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 1431/11, intitulado: "A Contribuição da Educação Permanente para a Formação de Profissionais na área da Saúde", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 05/12/2011, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "V. Queiroz", is written over the printed name of the signatory.

Prof. Dr. Valdeir Eagundes de Queiroz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos