

CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICO DE VITÓRIA

GUILHERME NATANAEL DE SOUZA SOBRINHO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE E HUMANIZAÇÃO EM PERSPECTIVA NO SERVIÇO
DE ENFERMAGEM**

VITÓRIA
2016

GUILHERME NATANAEL DE SOUZA SOBRINHO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE E HUMANIZAÇÃO EM PERSPECTIVA NO SERVIÇO
DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem

Orientador: Prof.(a). Dra. Thaíse Valentim Madeira

VITÓRIA
2016

GUILHERME NATANAEL DE SOUZA SOBRINHO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE E HUMANIZAÇÃO EM PERSPECTIVA NO SERVIÇO
DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Profa. Dra. Thaíse Valentim Madeira - Orientadora

Profa. Cláudia Curbani Vieira Manola - Instituição

Profa. Lívia Perasol Bedin Instituição

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde é constituída de uma metodologia de ensino baseada na pedagogia problematizadora. Esta pedagogia entende que a pessoa é o personagem principal da educação. Ela parte do pressuposto que é necessário entender a realidade das pessoas, se colocar no lugar do outro, para assim entender como ocorre esse processo de educação. A educação permanente é um estímulo para os profissionais, pois ela é praticada em seu local de trabalho, sendo assim, ele não precisa se afastar do seu ambiente cotidiano para participar do processo da educação permanente. Pois a educação permanente não é um curso de atualização e sim uma metodologia com a finalidade de transformar as práticas de trabalho. O processo de trabalho em enfermagem também pode ser inserido nesse contexto da educação permanente para mudar as práticas na saúde e assim sistematizar os cuidados prestados otimizando o serviço do enfermeiro. Podemos também introduzir a humanização como parceiro inseparável nos serviços de enfermagem, consideramos que a humanização também é de extrema importância para a construção de uma assistência de qualidade, porém para que esta ocorra faz-se necessárias melhores condições de trabalho para os profissionais que a executem. A grande convivência com a dor, morte e sofrimento, somada aos fatores extrínsecos e intrínsecos que podem prejudicar o aprendizado e aplicação do serviço humanizado, causam estresse no profissional, o que compromete a assistência que prestam aos pacientes. Dessa forma foi realizado um estudo bibliográfico amplo, sobre a matéria em questão, visando descrever a educação permanente e a humanização, estabelecendo um viés entre esses elementos no serviço de enfermagem, e na qualidade da assistência prestada. Não se pode negar a importância do enfermeiro neste processo, como um profissional capaz de planejar e executar um plano de educação permanente e o cuidado humanizado, porém necessita do apoio da instituição onde trabalha para que essas práticas tornem-se cotidianas e eficazes.

Palavras-chave: Educação Permanente. Educação Continuada. Humanização.

ABSTRACT

The Continuing Education in Health is composed of a teaching methodology based on problem-based pedagogy. The investigative pedagogy understands that the person is the main character of education. It assumes that one must understand the reality of people, what it takes to put yourself in the other so as to understand how this process occurs education. Lifelong learning is a stimulus for professionals, as it is practiced in your workplace, so he does not need to move away from his workplace to participate in the continuing education process. For lifelong learning it is not a refresher course but a methodology in order to transform working practices. The work process in nursing can also be inserted in this context of lifelong education to change practices on the health and well systematize the care optimizing the nursing service. We can also introduce humanization as inseparable partner in nursing services, we believe that humanization is also very important to build quality care, but for this to occur it is necessary to better working conditions for professionals to perform . The big living with pain, death and suffering, added to the extrinsic and intrinsic factors that may adversely affect the learning and application of humanized service, cause stress in the professional, which compromises the care they provide to patients. Thus it performed a comprehensive literature study on the subject matter in order to describe the continuing education and humanization, establishing a bias between these elements in the nursing service, and quality of care. There is no denying the importance of the nurse in this process, as a professional able to plan and implement a continuing education plan and humanized care, but needs the support of his institution to ensure that these practices become everyday and effective.

Keywords: Continuing education. Continuing education.Humanization.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 EDUCAÇÃO	15
2.1.1 O educador	16
2.1.2 A vivencia pedagógica que liberta inserida na Educação Permanente.....	18
2.1.3 Elementos pedagógicos	19
2.1.4 Pedagogia da transmissão	20
2.1.5 Pedagogia do condicionamento	21
2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE	21
2.2.1 Educação Permanente em destaque	22
2.2.2 Educação Continuada.....	28
2.2.3 Da Educação Continuadaà Educação Permanente	29
2.2.4 Educação Permanente e Educação Continuada	32
2.3 HUMANIZAÇÃO	33
2.3.1 A humanização no Brasil.....	34
2.3.2 Política nacional de humanização	35
2.3.3 A humanização e a qualidade	38
2.3.4 Enfermagem em um contexto humanizado	41
2.3.5 A participação da humanização na recuperação da saúde	44
2.4 FATORES QUE INTERFEREM NA CAPACIDADE DE APRENDER E NO ATENDIMENTO HUMANIZADO	45
2.4.1 Qualidade de vida.....	46
2.4.2 Organização Temporal/biológico do organismo (cronologia).....	48
2.4.3 Sono	49
2.4.4 Estresse	51
2.4.4.1 O combate ao estresse	52
2.4.5 Alterações patológicas mais comuns	53
2.4.5.1 Alterações cardiovasculares.....	53
2.4.5.2 Alterações gastrintestinais.....	54
2.4.6 Absenteísmo	54
2.4.7 Interferências da vida social no trabalho	56

2.4.8 Dimensionamento de pessoal.....	56
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS.....	65

1 INTRODUÇÃO

Com o surgimento de novas teorias sobre a educação, novos conhecimentos e o desenvolvimento das tecnologias, a humanidade e o planeta passam por grandes transformações. O ser humano tem sede de buscar sabedoria, pois é da natureza humana a busca contínua pela evolução e crescimento. Os profissionais sempre estão estudando para se colocarem frente ao mercado de trabalho que é tão competitivo, e assim se sobressaírem às outras pessoas. E quando o fazem estão melhorando sua capacidade profissional e o ambiente de trabalho no qual estão inseridos.

Por isso se faz necessário o estudo para os profissionais que trabalham com saúde. Cavalcante e colaboradores (2013) ressaltam que os estudos fazem com que as práticas de assistência de enfermagem ocorram conforme as necessidades das pessoas, mas, segundo eles, as instituições também têm um interesse fundamental no aperfeiçoamento do profissional.

Além disso, os autores enfatizam que a educação precisa ser crítica, o profissional precisa atualizar-se constantemente para atender a todos os serviços prestados, fazendo com que o exercício da profissão contribua para o acúmulo de novos conhecimentos, e vice-versa (CAVALCANTE, et al., 2013).

A Educação Continuada (EC) realiza uma educação reproduzida, mecânica e não transforma o saber. A Educação Permanente (EP) visa a educação como um todo, ou seja, completa. Na EP as experiências dos trabalhadores constituem para a criação de novos conhecimentos, a fim de melhorar o cuidado, a assistência e o comprometimento com o trabalho. Além disso, na EP, a metodologia e a teoria estão aliadas à prática profissional, buscando conscientizar o profissional de suas práticas através da reflexão (RICALDONI; SENA, 2006).

A enfermagem faz parte do grupo que trabalha com saúde nas três instâncias da área da saúde e são elas: atenção primária, secundária e terciária. E a enfermagem presta a assistência e cuidados de forma sistemática para atender as necessidades daqueles que procuram por serviços de saúde. A equipe de enfermagem é composta pelo enfermeiro, técnico e auxiliares de enfermagem que em conjunto formam uma equipe de trabalho. O enfermeiro tem a função de gerenciar,

coordenar, supervisionar, dar assistência, promover saúde, de reabilitar, organizar e sistematizar o processo de enfermagem (RICALDONI; SENA, 2006).

Jesus e outros (2011) realizaram uma pesquisa em um hospital universitário através da qual chegaram à conclusão que a educação permanente tem uma grande aplicação na qualidade de assistência, além de sinalizar as implicações institucionais.

A finalidade do enfermeiro supervisor é sistematizar o serviço de enfermagem, averiguando se as técnicas estão sendo aplicadas corretamente, se o trabalho está ocorrendo de forma eficiente e de acordo com as normas vigentes, e se o paciente está obtendo resultados positivos diante dos cuidados que têm recebido. Então cabe ao enfermeiro supervisionar toda a equipe para que, em conjunto, possam trabalhar em harmonia para que haja promoção e reabilitação das pessoas que se encontram nas instituições. De acordo com Servo e Correia (2006), ao realizar esses cuidados, o enfermeiro promove uma recuperação mais rápida do paciente, e a equipe trabalhará melhor.

O planejamento de enfermagem é realizado para que a utilização das tecnologias, insumos e dos profissionais aconteça de forma organizada utilizando sempre os mesmos padrões de cuidados para que se mantenham em nível elevado a assistência de enfermagem. Após o levantamento dos problemas é feito o diagnóstico para traçar o plano de ação e assim conduzir todo o trabalho e direcionar onde tem que melhorar ou onde manter os mesmos cuidados para que ocorra um serviço integrado a saúde. (SERVO; CORREIA, 2006).

O processo de enfermagem pode ser definido como uma estratégia na qual se coloca em prática os estudos e teorias que dão ciência ao seu trabalho e não deixam a enfermagem ser vista como uma profissão de caridade. Assim sendo, a aplicação da educação permanente na enfermagem, de forma empírica, melhora a assistência prestada às pessoas, e organiza o trabalho do enfermeiro. O processo de enfermagem é o que norteia o trabalho de enfermagem, pois ao sistematizar seu serviço a enfermagem também é aperfeiçoada, dando mais agilidade e qualidade na assistência prestada. (THOFEHRN et al., 1999).

A educação em saúde é importante para o profissional da área, uma vez que propõe que o trabalhador faça capacitação e melhore seu desempenho profissional. Ao

fazer isso ele sempre estará atualizado, se redescobrimo frente às novas tecnologias e mudando suas práticas de trabalho, o seu ver e agir neste ambiente. No local de trabalho as pessoas precisam aplicar seus conhecimentos, porque é ali que serão percebidas as mudanças, tanto do profissional que executa o trabalho como no próprio ambiente de trabalho. (PEREIRA, 2003).

Pereira (2003) afirma que a educação em saúde serve para o desenvolvimento do indivíduo, do grupo, e tem como objetivo melhorar a qualidade de vida em todo o processo de saúde, assim como, serve para aplicar a educação permanente, mantendo uma formação de qualidade contínua nos trabalhadores desse setor.

Reestruturar a saúde através do ensino é oferecer aos profissionais a oportunidade de se requalificarem profissionalmente seguindo as orientações do Sistema Único de Saúde (SUS). O ensino no ambiente de trabalho reafirma a importância da educação permanente em saúde tanto para as instituições de saúde quanto para os profissionais que dela participam. E colocam em prática a política do SUS acerca da oferta de um serviço integral e em isonomia com a população (CELESTE, 2003).

A humanização é um parceiro inseparável no processo de aprendizagem inserido no serviço de enfermagem, pois interfere diretamente na prestação de serviços de qualidade. Porém, para que ocorra, fazem-se necessárias melhores condições de trabalho para os profissionais que a executem (RIOS, 2009)

Para Salício e Gaiva (2006), humanizar de acordo com os princípios éticos, nada mais é que tornar uma prática mais humana, por mais que ela seja dolorosa, degradante. Por mais que provoque o sofrimento, a deterioração e a morte.

O que deve ser entendido é que a humanização não significa criar práticas para distrair pacientes ou para ganhar títulos relacionados com uma temática que está em alta. Para execução real de uma assistência humanizada se requer uma reforma de toda estrutura gestacional e profissional que foi construída decorrente desses anos. Pois ela se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão de serviços (RIOS, 2009).

Fatores como qualidade de vida, sono, cronologia e trabalho noturno, estresse e alterações fisiológicas (como as cardiovasculares), devem ser levadas em

consideração como fatores de interferência na qualidade do aprendizado e do cuidado humanizado (SMELTZER; BARE, 2005).

Considerando a necessidade da Educação Permanente para o aperfeiçoamento técnico da profissão de enfermagem e aprimoramento do trabalho mais humanizado dos enfermeiros, temos como problema desta pesquisa: Descrevendo a educação permanente e a humanização, qual viés podemos perceber que esses elementos repercutem no serviço de enfermagem e na qualidade da assistência prestada?

Este trabalho tem por objetivo destacar a importância da atualização pós-formação dos profissionais da área. Para alcançar esse objetivo foram definidos alguns pontos de partida como: Identificar os termos educação permanente e humanização, relatar um breve histórico da educação permanente, descrever as fases do processo da educação permanente, relacionar humanização e qualidade de serviços, descrever alguns fatores que podem interferir na qualidade da aplicação da humanização e do processo de aprendizagem.

Esta pesquisa é relevante na medida em que, a cada dia, surgem mais tecnologias e instrumentos de trabalho que serão utilizados por profissionais da área. E a educação em serviço é o elo para que isso ocorra de forma integrada entre as instituições e os profissionais da área de saúde, refletindo diretamente na qualidade do atendimento humanizado.

Este trabalho é embasado na forma de uma pesquisa bibliográfica, que segundo Motta, Buss e Nunes, (2004) pode ser definida como ler, escolher e selecionar, organizar, arquivar e fichar materiais e tópicos relacionados para a pesquisa em pauta; Além de trazer vantagem ao pesquisador permitindo ter a amplitude de varias coisas de forma mais ampla do que se poderia pesquisar.

A metodologia utilizada foi, portanto, de revisão bibliográfica, por meio da consulta em bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Ministério da Saúde (MS), Scielo, Lilacs, REBEn, RAS, BIREME ou BVS e Política Nacional de Humanização. Também consultamos materiais impressos, livros e artigos científicos compreendidos nos períodos entre os anos de 1999 a 2016, presentes em bibliotecas de Instituições de Ensino Superior da Grande Vitória.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EDUCAÇÃO

A educação é importante em todos os ambientes da sociedade, é através dela que as pessoas se comunicam, trocam experiências, vivenciam a realidade das pessoas e principalmente do objeto estudado. Sem educação a sociedade não cresce, fica estagnada no passado e não aprendem novas tecnologias para utilizá-las nos locais de trabalho. A educação começa na infância e acompanha as pessoas ao longo de suas vidas. Através dela as pessoas são valorizadas e incentivadas a adquirir cada vez mais conhecimento em busca de novos aprendizados para melhorar sua produção de trabalho. (RICALDONI; SENA, 2006).

Na nossa sociedade a educação nos acompanha em todo o curso de nossa vida, ela está inserida no nosso cotidiano de forma natural desde o nascimento. É através da nossa capacidade de aprender que nossa sociedade desenvolve-se ao passar do tempo.

O modelo de educação no Brasil, segundo Frigotto (2001), acontece de forma seletiva, quando toda a metódica educadora reflete em práticas sociais que tendem a subordinar o indivíduo ao trabalho e às conquistas científicas e tecnológicas, fazendo com que, dessa forma, muitos percam o acesso a dignidade humana e autonomia. Hoje a educação voltada ao profissional nos desafia a compreender a relação estreita entre o modelo educacional e os interesses globalistas das organizações internacionais, que patrocinam esses moldes com a subserviência dos nossos governantes, os quais promovem uma ideologia capitalista e de mercado para a educação.

Quando olhamos para as orientações pedagógicas, podemos ver as raízes do pensamento adaptativo voltado para a conformidade do trabalhador, tanto socialmente, quanto psicologicamente. Dessa forma, o processo de educação no Brasil é atrelado intimamente a uma cultura política entranhada e uma pedagogia viciada (Frigotto, 2001).

Para elucidar essa questão, um dos aspectos que Frigotto (2001, pg. 82) defende para alcançar uma educação profissional voltada a emancipação do indivíduo é:

No campo educativo, necessitamos reiterar, sem constrangimento, a concepção de educação básica (fundamental e média) pública, laica, unitária, gratuita e universal, centrada na idéia de direito subjetivo de cada ser humano. Uma educação omnilateral, tecnológica ou politécnica formadora de sujeitos autônomos e protagonistas de cidadania ativa e articulada a um projeto de Estado radicalmente democrático e a um projeto de desenvolvimento "sustentável". Afirmar a idéia de que essa educação por ser básica e de qualidade social, é a que engendra o sentido da emancipação humana e a melhor preparação técnica para o mundo da produção no atual patamar científico tecnológico.

Veremos a seguir qual é a árdua missão do educador, e as vertentes que devem ser levadas em consideração na formação de um cidadão. Como grande aliada nessa formação, poderemos ver também a pedagogia, no seu uso voltado à obra de Paulo freire, e algumas técnicas de aplicação.

2.1.1 O educador

Ao escolher a profissão de educador é indispensável observar algumas questões que repercutem no tipo de educador que vai se formar. Uma delas é a humildade, e ser humilde não quer dizer que a pessoa saiba menos, e sim que ela se respeita, possui valores éticos e morais e respeita o próximo. Ser humilde é difícil, ainda mais no mundo de hoje onde cada um se preocupa consigo mesmo e não tem tempo para ouvir o outro.

A humildade faz com que a pessoa tenha limites e se sobressaia à arrogância. Ser arrogante e tratar as pessoas com arrogância não traz benefícios a essa pessoa, faz apenas que os outros a tratem com respeito por medo de serem prejudicados, ou de passarem uma imagem de ignorância, ou que não conhecem a função ou importância dessa pessoa. (FREIRE, 2002).

O autoritarismo, que é a capacidade de se impor de forma forte e ditatorial seja dos pais ou dos professores, gera nas pessoas insatisfação, indignação e rebeldia que às vezes pode ser passageiro ou não. As pessoas que ficam sob o jugo do autoritarismo se tornam apáticas, pouco críticas e não são livres no pensamento. Algumas pessoas não sofrem tanto com o autoritarismo e conseguem passar por ele sem tantos problemas. Existem outras que sofrem em demasia com isso e têm sérios problemas sociais e até mesmo psicológicos. Por isso cabe ao educador essa tarefa de desempenhar sua função com respeito e humildade de forma que envolva

as pessoas, exercendo autoridade, mas de forma democrática, ouvindo e entendendo os anseios dos alunos. (FREIRE, 2002).

É preciso exercer sua profissão com amor e coragem. Amor a ele mesmo e ao próximo. Corajoso porque deve lutar pelos seus direitos, os direitos da educação e também dos alunos. Ser corajoso ajuda o educador a enfrentar seus medos frente à realidade e aos objetivos que aspira. Outra característica do profissional da educação é ser condescendente, não porque vai deixar de realizar seu trabalho e sim porque vai realizá-lo com flexibilidade, isonomia, e aceitando o novo ou o que é diferente (FREIRE, 2002).

Ao professor cabe a capacidade de tomar decisão mesmo que isso seja difícil. Porque decidir é algo difícil de fazer, uma vez que isso implica em se posicionar frente a alguma coisa que vai gerar ruptura. Mas ter essa característica é preciso, pois os mesmos precisam se posicionar diante de alunos. O professor indeciso gera desconfiança perante seus alunos. E ele precisa trabalhar com a decisão para ensinar seus alunos a difícil arte de optar pelo certo ou o errado. Sempre vai haver ruptura quando se toma decisões (FREIRE, 2002).

“[...] uma educação que, por ser educação, haveria de ser corajosa, propondo ao povo a reflexão sobre si mesmo, sobre seu tempo, sobre suas responsabilidades, sobre seu papel no novo clima cultural da época de transição” (FREIRE, 2002, p. 57).

Dessa forma a pedagogia atrelada a uma ação democrática, se tem tomadas de decisões participativas, mantendo a autoridade do educador em determinadas situações (FREIRE, 2002)

As pessoas indecisas geram insegurança, seja ela no ambiente familiar, social ou de trabalho. Por isso é necessário segurança para se realizar todas as tarefas, das simples às complexas. Quando a insegurança fica aparente é como se a pessoa não dominasse a ciência e não soubesse qual o motivo de estar ali. Mais uma característica do educador é a paciência que converge com a impaciência. Ou seja, o educador deve ser paciente ao ministrar as aulas, ao lidar com os alunos, com as situações do cotidiano. E a impaciência faz com que ele tenha atos impensados. É necessário que exista uma harmonia entre a paciência e a impaciência (FREIRE, 2008).

Freire (2008), afirma que os educadores precisam lutar por seus direitos trabalhistas, de expressão, por um melhor ensino, para que assim exerçam sua profissão com dignidade, diligência e competência, participando de cursos de formação profissional para sempre se renovarem frente aos novos conhecimentos que surgem todos os dias.

Aráujo ([Entre 2006 até 2016]), diz que é possível identificar duas posturas educativas, uma na qual o professor assume a característica de professor instrutor, que muito aparenta ser uma forma de treinador, na qual o conteúdo é aplicado através de técnicas pré-estabelecidas de forma funcional, prática e realista, buscando um tipo de formação social instrumental, técnica e mais prática. A segunda postura identificada pelo autor é a do professor educador, o qual volta suas atividades para uma educação mais ampla, inserindo as práticas de vivência pessoal com o ambiente social, fazendo que de certa forma se desenvolva a sabedoria nos seus mais altos níveis.

2.1.2 A vivência pedagogia que liberta inserida na Educação Permanente

A EP é embasada na pedagogia de Paulo Freire, pois ela visa conscientizar o profissional de saúde no seu conhecimento aprimorando sua capacidade técnica, ou seja, o seu saber, e o seu saber fazer. E o ensino de Paulo Freire nos mostra isso quando ele diz que a pessoa, ao iniciar seu processo de aprendizado, precisa compreender o processo de aprendizagem e o próprio conteúdo, para se conscientizar sobre a importância desse ato. O aprendiz vai aprendendo e passa a repetir e a exercitar o que aprendeu na sala de aula e assim vai incorporando o que sabe no seu cotidiano e sua vivência escolar. Vale ressaltar que Freire prioriza o aluno, e o seu ensino tem que estar de acordo com sua realidade (FREIRE, 2008).

A EP também é desenvolvida de forma que o profissional participe no seu ambiente de trabalho desse processo de aprendizagem, e ela é realizada de forma que o profissional observe onde tem que melhorar e aperfeiçoar sua técnica e se conscientize, e lance mão desse recurso para se tornar um profissional cada vez melhor.

A educação tem que vir de forma a dar liberdade para que as pessoas expressassem o que estão aprendendo e vivendo naquele momento. Liberdade de aprender, de ouvir e de falar. Porque a educação é desenvolvida para melhorar o ser humano e transformá-lo em cidadãos comprometidos com a sociedade e, ao desempenhar suas funções nos seus locais de trabalho, ele as faça de forma coerente e correta sempre visando o bem da equipe de trabalho. A liberdade é importante, pois dá confiança e autonomia a quem aprende e isso têm que estar em harmonia entre quem ensina e quem vai aprender. Pois quem vai aprender está pronto a receber novas informações a todo instante e ele está receptivo para isso. O processo de educação é um mundo no qual o indivíduo interage com o mundo e o mundo interage com o indivíduo. (FREIRE, 2008).

Quando o profissional participa da EP ele começa a agir mutuamente e a fazer parte de um mundo novo onde ele não é somente expectador e sim ouvinte e apresentador desse processo que se chama Educação Permanente. Ele fala, expõe sua opinião pra quem está ministrando a aula, é chamado a fazer parte desse contexto para junto aos demais profissionais atuar com clareza e consciência. No intuito de melhorar o seu eu, o seu lidar com as pessoas e com os clientes nas instituições nas quais trabalha. Quando as pessoas conhecem a realidade da EP elas formam e reformam seu cotidiano de trabalho, elas reconhecem a necessidade de aprendizagem para aperfeiçoar o que já aprenderam tempos atrás e que em algum momento foi perdido. São pessoas exercendo interação com pessoas e o mundo em busca de habilidades para aperfeiçoar seu trabalho e a assistência prestada aos pacientes. (CECCIM, 2005).

2.1.3 Elementos pedagógicos

Nesse contexto se enquadram todos os processos concernentes à pedagogia e ao processo de ensino e aprendizagem dos conhecimentos daquelas pessoas que tem a educação como proposta de aumento de sua produção. Toda educação, assim como as metodologias utilizadas, têm como base a pedagogia. Porque é através da educação que as pessoas adquirem conhecimento e passam a modificar seu comportamento. E cada maneira escolhida de se proporcionar o ensino se embasa numa teoria de conhecimento. (BORDENAVE, 1999).

Bordenave (1999, p.197) diz que “As opções pedagógicas adotadas por um determinado contexto refletem as ideologias (e os objetivos) [...]. E [...] o interesse não está precisamente dirigido aos fundamentos epistemológicos e sim aos efeitos de sua aplicação”.

Portanto veremos a seguir duas vertentes da pedagogia que auxiliam o educador a exercer a arte de ensinar, bem como os diferentes reflexos dos métodos aplicados no aprendizado do aluno.

2.1.4 Pedagogia da transmissão

Esse tipo de pedagogia parte do pressuposto de que os conceitos e os conhecimentos são os pontos-chave da educação. E a consequência desse tipo de metodologia é que o aprendiz só vai receber o que o docente está ensinando e sua experiência se dará através de livros para alcançar seus objetivos. O aprendiz é tratado na condição de só receber conteúdo e suas experiências não são levadas em consideração. Ainda que o professor utilize recursos modernos para ministrar as aulas, o aluno sempre será expectador. (BORDENAVE, 1999).

As consequências desse tipo de ensino, segundo Bordenave, traduzido e adaptado por Grandi (1983, p.262). seriam:

- No âmbito individual:
 - Elevada absorção de informação;
 - Hábitos de tomar notas e memorizar;
 - Passividade do aluno e falta de atitude crítica;
 - Profundo “respeito” quanto às fontes de informação (professores ou textos);
 - Distância entre teoria e prática;
 - Tendência ao racionalismo radical;
 - Preferência pela especulação teórica;
 - Falta de “problematização” da realidade.
- No âmbito social:
 - Adoção inadequada de informações e tecnologia de países desenvolvidos;
 - Adoção indiscriminada de modelos de pensamento elaborado em outras regiões (inadaptação cultural);
 - Conformismo;
 - Individualismo e falta de participação e cooperação;
 - Falta de conhecimento da própria realidade e, conseqüentemente, imitações de padrões intelectuais, artísticos e institucionais estrangeiros;
 - Submissão à dominação e ao colonialismo;
 - Manutenção de classes sociais;
 - Manutenção da divisão de classes sociais (do status quo).

É claro que a pedagogia da transmissão também leva em consideração o desenvolvimento para gerar mudanças, crescimento das pessoas que estão

passando por esse processo a fim de evoluírem. Porém, esse modelo de ensino está baseado na transmissão de conhecimento pelo professor, através do qual este detém o conhecimento e o aluno, ouvinte, recebe e passa a repetir o conhecimento (BORDENAVE, 1999).

2.1.5 Pedagogia do condicionamento

A pedagogia do condicionamento é diferente da pedagogia da transmissão, pois ela valoriza os resultados comportamentais, ou seja, os conhecimentos práticos e operacionais e promove interação entre o saber, práxis e habilidades. Essa metodologia é embasada na dinâmica em que o professor estabelece objetivos instrumentais de quantitativo de medida e um modelo de tática, em sequência de passo a passo, reforçada a compensação quando a resposta é positiva ou igual à resposta esperada pelo professor. O aluno é estimulado a repetir e repetir novamente até obter a resposta almejada pelo professor. Com isso ele vai condicionando suas habilidades e vai reforçando os conhecimentos alcançados. (BORDENAVE, 1999).

Dessa forma, apresentaremos a Educação Permanente e a Educação continuada, que são totalmente inseridas no contexto de educação e aplicações pedagógicas. Uma vertente da educação dentro do ambiente de trabalho, com objetivos bem definidos.

2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nesse capítulo decorreremos sobre a Educação Permanente e seus atributos positivos para o profissional envolvido, assim como para o serviço de saúde em geral. Abordaremos sua antecessora, a Educação Continuada, fazendo um contraponto entre as duas vertentes de educação, evidenciando suas diferenças, benefícios ou dificuldades.

2.2.1 A Educação permanente em destaque

A Educação Permanente em Saúde (EPS) surgiu da necessidade de melhorar a qualidade do serviço prestado pelos profissionais de saúde à população. É uma realidade que tem que ser construída entre os gestores e os profissionais. A EPS se aplica nas instituições de saúde, pois são nesses lugares que as pessoas buscam ajuda para seus males que podem ser físicos ou psicológicos. A saúde é mutável e por isso não devemos tratar as pessoas igualmente e sim com equidade e de acordo com suas necessidades. A promoção de saúde está diretamente ligada à educação, pois através da educação vão surgindo novas tecnologias em favor da saúde. As práticas de saúde têm que ser dinâmicas eficazes na procura de solucionar problemas existentes e muitas vezes recorrentes. (CECCIM, 2005).

De acordo com Ceccim (2005) a práxis da EP é um método de muita relevância, pois muda o ambiente de trabalho e sua didática é desenvolvida de forma a levar as pessoas a refletirem e analisarem as situações vivenciadas no cotidiano de trabalho. E que eles desempenhem suas atividades de forma eficiente, melhorando seu desempenho, seu relacionamento com os demais trabalhadores e com os usuários dos serviços de saúde.

A EPS tem que ocorrer de forma integrada entre gestores, educadores e os profissionais que receberão as novas instruções. Segundo a Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007 do Ministério da Saúde é preciso ocorrer a descentralização da gestão setorial, e desenvolver estratégias para o fortalecimento da integralidade da saúde coletiva e individual (CECCIM, 2005).

A EP é a valorização do capital humano, através da qual os conhecimentos profissionais são respeitados e o aprendizado se dá de forma contínua em busca de melhorar a assistência. É o aprender e ensinar no local de trabalho que se incorporam no cotidiano das instituições. É a partir dos problemas enfrentados que a EPS é desenvolvida, a fim de solucionar os problemas e melhorar a qualidade do serviço, capacitando e qualificando os profissionais de acordo com as necessidades de saúde da população e serviço prestado pelas instituições. (SILVA et al., 2008).

Para Ribeiro e Motta (1996) a educação permanente em saúde tem como finalidade modificar a metodologia das atividades, conduzindo melhorias na qualidade dos serviços, na isonomia do cuidado prestado e no acesso aos serviços de saúde pelos

usuários de saúde. É uma metodologia reflexiva do que está acontecendo no ambiente de trabalho e o que precisa ser transformado para que essas práticas sejam melhoradas.

A EPS se contextualiza no cenário de trabalho e muda a concepção da pedagogia profissional, onde o processo de trabalho é valorizado, privilegiando o ensino de qualidade (RIBEIRO; MOTTA, 1996)

Ribeiro e Motta (1996, p. 41) diz que: “[...] a EPS não procura transformar todos os problemas educacionais, mas buscar as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços”.

É necessário que ocorra integração e organização entre as instituições, os profissionais que ministram a EPS e os profissionais que vão receber essa nova metodologia. Tendo em vista que a educação permanente em saúde não quer mudar os pensamentos e sim que os profissionais tomem consciência da importância de refletir como os serviços são realizados, reconhecendo os problemas ali existentes. Isso porque, se os mesmos não aderirem para esse processo reflexivo de trabalho, a EPS se torna em vão.

A EPS deve ser colocada num plano de modificação social de forma efetiva e prática. É preciso que seja desenvolvida de forma coerente entre a instituição, e sua proposta educativa em suas dimensões políticas, técnica e didáticas. A EPS não é somente de responsabilidade dos docentes e sim de todas as instâncias de saúde. (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

A educação permanente leva em consideração os conhecimentos adquiridos pelos profissionais, e promover uma interação entre ensino-aprendizagem. Ela é baseada em resolver problemas existentes e solucioná-los de forma eficiente, com equidade de acordo com as necessidades de quem vai receber os serviços. É na transformação do saber, do ensino-aprendizagem que ocorrem trocas de informações entre o educador e os participantes. (LACERDA; MONTOVANI; PASCHOAL, 2006).

A EP é programada e agendada no âmbito da instituição e marcada de acordo com a disponibilidade do profissional. A EP transforma o ambiente em que é inserida, pois proporciona o aprendizado prático. É uma necessidade que precisa ser

colocada em todas as instituições para que ocorra uma melhor qualidade dos serviços realizados por elas. (LACERDA; MONTOVANI; PASCHOAL, 2006).

A EP estimula o avanço do pensamento crítico e reflexivo dos trabalhadores sobre suas funções realizadas e o seu compromisso e interesse pela busca de se capacitar constantemente. Por isso a metodologia utilizada deve ser organizada de forma que todos os profissionais participem dessas capacitações. É educação voltada para o saber, e saber fazer corretamente, a fim de modificar o cotidiano de trabalho dos trabalhadores, e a busca por um trabalho de qualidade que envolva todos os profissionais das instituições prestadoras de serviços de saúde. Por isso se faz importante que a EP seja vista como uma didática que gere mudanças e transforma o trabalho, levando em consideração a práxis, o cuidado, o ensino e a qualidade da assistência (RICALDONI; SENA, 2006).

Segundo Ricaldoni e Sena (2006) a educação permanente é um sistema de conexão entre teoria e prática, no qual as duas instâncias se misturam porque uma depende da outra para agir mutuamente e assim ser renovada constantemente. Porque é através dessa relação que a pessoa muda e aprende a agir interagindo com o mundo. É uma relação de troca, de fazer e ensinar fazer.

De acordo com Ricaldoni e Sena (2006, p. 5) a educação permanente tem relação com o cuidado:

A relação do cuidado é uma interdependência baseada no dia a dia do profissional de enfermagem, segundo a qual a ação de cuidar é interdependente e se constrói no cotidiano das atividades de enfermagem, na sua dimensão objetiva, na subjetividade de quem cuida e do ser cuidado e, através da mediação das interações de espaço-tempo, parte-se para pensar nessa construção nas suas dimensões individual e coletiva.

A EP é muito importante para a saúde, pois deixa claro o que é para ser feito, o que tem que ser mudado, melhorado, aperfeiçoado, construindo diariamente saberes para prática de assistência de qualidade. No âmbito hospitalar a EPS se destaca fazendo com que profissionais capacitados continuamente diminuam os índices de infecção hospitalar, de erro ao realizar procedimentos simples ou invasivos. Os profissionais são habilitados a perceber quando um sistema, uma técnica ou administração de medicamentos está sendo realizado de forma inadequada e com isso se preocuparão em aperfeiçoar seu trabalho. As informações técnico-científicas já são repassadas aos profissionais quando esses fazem um curso técnico ou uma graduação (RICALDONI; SENA, 2006).

A destreza e habilidade ao desempenhar suas funções ocorrem no cotidiano e depende dos profissionais, gestores, educadores e principalmente das instituições para que isso ocorra não de forma rotineira e estática e sim de forma dinâmica e atualizada. A EPS vem a agregar valores a essas funções desempenhadas por profissionais. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) dispõe de subsídios para as instituições pactuadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), para que a assistência ocorra de acordo com os princípios do SUS que são: universalidade, integralidade e equidade (ANDRADE; LANZONI; MEIRELLES, 2011).

Segundo Ricaldoni e Sena (2006), não se pode deixar de notar que a educação no ambiente de trabalho é determinante no impacto de nível de desenvolvimento social, principalmente porque as mudanças e evoluções são permanentes, contínuas, tanto do meio ambiente quanto das características sociais antropológicas.

Ribeiro e Motta (1996, p. 41) definem qual o objetivo da Educação Permanente:

A educação permanente em saúde (EPS) tem como objetivo de transformação o processo de trabalho, orientando para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde.

Lacerda, Montovani e Paschoal (2006, p.145) acrescentam que “em sua prática, o enfermeiro está em constante processo educativo. Para a conscientização desse fato, este necessita desenvolver suas ações com reflexão crítica, curiosidade, criatividade e investigação.”.

A EP é a busca efetiva por propostas educativas, de atualização e de aperfeiçoamento profissional. A educação é fator primordial para que os profissionais desempenhem suas funções de forma adequada e prestem uma assistência integralizada. Pois ao se formarem em cursos técnicos, os profissionais aprendem a desempenhar suas funções de forma mecanizada, ouvindo e aprendendo a executar funções. Quando uma pessoa faz a graduação aprende a ser profissional com conhecimentos científicos e habilidades práticas, precisando de aperfeiçoamento diário. É aí que entra a EP, que constrói o saber diário na busca de soluções para os problemas encontrados. Podemos definir EP como a busca de resolução dos problemas enfrentados (RICALDONI; SENA, 2006).

O aumento do conhecimento e o seu aperfeiçoamento profissional ocorrem ao longo dos anos e de forma contínua na vida dos profissionais. Mas essa construção não deve ser de forma mecânica e sim dinâmica, proporcionando ao profissional a

oportunidade de se adequar aos horários propostos pela instituição, para assim participar e se qualificar corretamente (CECCIM, 2005).

Quando falamos em educação na enfermagem, sabemos que este assunto tem grande abrangência, pois pode se tratar tanto da formação inicial profissional nos diferentes níveis, quanto da formação e aprimoramento dos profissionais já formados (SILVA, et al., 2008).

A EP é importante em todo o seu processo de ensino e aprendizagem, por meio da qual, educador e educando trocam experiências vivenciadas no local de trabalho. E assim constroem a resultabilidade em cima da problemática encontrada (SILVA, et al., 2008).

Assim, Paulo Freire, citado por Silva e outros (2008), diz que a pedagogia da libertação permite uma educação através da qual o mundo é construído com a troca de saberes no ambiente de trabalho; e isso é muito relevante para a enfermagem, nos mostra como é importante à integralidade e equidade na saúde, pois devemos cuidar de forma particular para cada pessoa que busca ajuda.

A assistência tem que ser de qualidade e de acordo com a necessidade de cada pessoa. Assim, é de grande valia a capacitação dos profissionais de enfermagem. Pois a enfermagem é fragmentada. Na enfermagem os enfermeiros assumem o papel de administradores, gerentes ou assistencialistas, o que muitas vezes os distancia dos cuidados com os pacientes. E os técnicos e auxiliares de enfermagem executam o serviço. A EP possibilita essa mudança de prática, pois o enfermeiro também precisa se adequar, atualizar e aperfeiçoar seus conhecimentos (SILVA, et al., 2008).

Dessa forma a EPS é de extrema importância na transformação do exercício do trabalho nos setores, fazendo com que os funcionários automaticamente desenvolvam a capacidade de reflexão, de forma crítica e trazendo propostas para melhoria do serviço no todo. (ANDRADE; LANZONI; MEIRELLES, 2011).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) diz que:

[...] considerando a EP como um conceito pedagógico no setor de saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde sendo ampliada a Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.

A grande dificuldade da educação permanente é fazer com que os profissionais de saúde sejam estimulados a ponto de autoavaliarem suas práticas nos locais de trabalho, e tomarem consciência de como é importante participar da educação permanente para reestruturar seus conhecimentos, para assim transformar sua realidade de trabalho de forma consciente e responsável (RICALDONI; SENA, 2006).

Segundo Néspoli e Ribeiro, (2011, p.2):

Em 2007, a Portaria nº 1.996, sem alterar o conceito de Educação Permanente definido pela Portaria 198 de 2003, instituiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, ajustando-a as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Néspoli e Ribeiro, (2011) afirmam que a EPS é fundamentada no construtivismo, o ser humano participa de forma ativa da sua formação, fazendo assim que ele possa desenvolver suas percepções e experiências de vida, focando principalmente no pensamento crítico do indivíduo, refletindo na melhora da produção das atividades desenvolvidas conscientemente e permitindo que forneçam resoluções praticas de acordo com a realidade presenciada no trabalho.

“Por isto, a EPS é uma abordagem que prioriza o diálogo, a cooperação e a integralidade entre os espaços de gestão, atenção, formação e controle social, de a potência do sistema para enfrentar e resolver problemas com qualidade.” (Brasil, 2005, p.133).

Para Ceccim (2005, p.2):

Tradicionalmente, o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado.

Para Montanha e Peduzzi (2010, p.598):

Assim, entende-se que a abordagem de EP constitui um projeto político-pedagógico com vistas à transformação das práticas de saúde e de enfermagem, na perspectiva da integralidade, do trabalho em equipe e da ampliação da cidadania e da autonomia dos sujeitos envolvidos - trabalhadores e usuários.

Conforme pudemos ver nesse capítulo, a educação permanente veio para acrescentar eficiência na resolução de problemas, de forma auto perceptiva e crítica, desenvolvendo no indivíduo autonomia para o trabalho e colaborando para a evolução pedagógica da sociedade.

2.2.2 Educação continuada

A Educação Continuada (EC) é uma estratégia das instituições para capacitar profissionais, o que acaba fragmentando o cuidado. Ela é desenvolvida de acordo com cada categoria profissional e suas atribuições, ocorrendo de maneira solitária, fragilizando assim a assistência prestada. Ela prioriza a individualidade profissional e não o coletivo (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

A educação continuada ocorre de forma mecanicista, na qual só o palestrante fala, transferindo seus conhecimentos aos ouvintes. Muitas instituições fazem isso quando oferecem cursos ou palestras aos seus funcionários, a fim de que participem para receber novos conhecimentos e atualizações. Ou seja, a educação continuada é a atualização do saber dos profissionais. Hoje a realidade e as necessidades de saúde não se satisfazem com a educação continuada. Pois na educação continuada o sistema não permite interação entre quem administra e quem está recebendo a instrução. (MOTTA; BUSS; NUNES, 2004).

A EC é um processo que visa melhorar, capacitar e atualizar as pessoas junto aos avanços dos conhecimentos científicos e tecnológicos. Ela é necessária para os profissionais que atuam na área da saúde. Por isso a educação continuada precisa ser vista como um programa de qualificação dos profissionais, voltada para as necessidades de mudanças da prática. (CONCEIÇÃO; LEITE; SILVA, 2008).

“A EC tem, portanto, a finalidade precípua de promover o crescimento pessoal e profissional.” (GONÇALVES; LEITE; PERES, 2012, p.139).

Gonçalves, Leite e Peres (2012), entendem por Educação Continuada (EC) como métodos que ajudam na evolução e organização do serviço, no qual fornece e disponibiliza capacitação profissional colaborando para o desenvolvimento do trabalhador, no qual esses métodos são aplicados de forma crítica, que respeita a realidade do ambiente. E como finalidade disponibiliza informações importantes para

a empresa, para os profissionais, contribuindo assim com a sociedade de forma geral.

2.2.3 Da Educação Continuada à Educação Permanente

A Educação permanente (EP) é a junção entre o universo da formação e do exercício da atividade de trabalho, sendo assim, o conhecimento de quem instrui e a práxis de quem aprende se incorporam no dia a dia das instituições. A EP é baseada no conhecimento e experiências vividas no lócus de trabalho de cada pessoa. A educação habitual voltada para formação de trabalhadores para área de saúde tem como foco principal a capacitação técnica e atualização dos mesmos. Na EP isso não ocorre porque ela é voltada para reconhecer e resolver problemas da rotina de trabalho das instituições agregando valores como conscientização, reflexão e o direito de expressar seu pensamento na busca de melhorar a assistência prestada à população. (LOPES et al., 2007).

A caracterização de EP foi realizada de forma gradual na América Latina. Foi difundida primeiramente pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que reconheceu que a forma de trabalho até então realizada não correspondia as reais necessidades dos trabalhadores nem da população que necessitava de assistência de saúde. Ficou claro que somente um ensino significativo faria com que os trabalhadores da área aderissem à nova proposta de ensino e aprendizagem, voltada para transformação do cotidiano de trabalho. Essa nova maneira de trabalho incorporou novos significados para formação de trabalhadores e foi adotada no Brasil como método para desenvolvimento da Política de Educação Permanente em saúde. (LOPES et al., 2007).

Ribeiro e Motta (1996), explicam o que aconteceu durante as Conferências de Saúde, dizendo que foi possível observar que havia um crescimento notável no que diz respeito a discursos entusiasmados, porém sem nada muito palpável ainda, apenas preposições desarticuladas.

O debate sobre a alteração na mudança do método de formação de equipes de saúde foi iniciada primeiro na América Latina e posteriormente no Brasil. A partir de 1970 a OPAS percebeu que precisava haver mudanças no sistema de ensino até então difundido na formação de trabalhadores de saúde. Pois os trabalhadores

estavam inaptos diante da realidade e necessidade das instituições. Com isso foi-se em busca de uma nova didática para as mudanças da prática de saúde. (LOPES et al., 2007).

Foi apurado que a elaboração de um plano para as ações em saúde estava diretamente ligada com o planejamento dos recursos humanos disponíveis. A OPAS iniciou buscas nos países da América Latina no intuito de desenvolver possibilidades que viabilizassem a formação de trabalhadores de saúde. Os países latino-americanos admitiam que o foco da sua política de saúde era voltado somente para atender a população na sua totalidade. E a área responsável pela formação dos trabalhadores no decorrer de sua história não respondia às reais necessidades dos trabalhadores. Pois o ensino era realizado de forma desarticulada e tinha como único objetivo capacitar os profissionais para desempenhar funções, o que prejudicava o serviço realizado, principalmente na atenção primária. Houve, então, uma busca para reformular o currículo de ensino para servidores da saúde, tendo como prioridade a cobertura das ações voltadas para atenção primária. (LOPES et al., 2007).

De acordo com Lopes e outros (2007, p. 149):

A proposta de educação permanente foi disseminada pela América Latina com estratégia para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação. Este conceito admite que o conhecimento se origina na identificação das necessidades e na busca de solução para os problemas encontrados. [...]. A atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida de seu saber real, determinando, desta maneira, sua aprendizagem subsequente.

Assim, o autor elucida que a educação permanente traz consigo objetivos claros, como acompanhar o exercício da profissão sempre, estar presente durante todas as etapas da carreira do indivíduo, fazendo com que dessa forma, os conhecimentos adquiridos sejam multiplicados amplamente longe da sala de estudo, atendendo de forma crítica todas as necessidades sociais, de forma a envolver todos os atores sociais, sendo um processo contínuo de educação.

A EP na América Latina foi sendo desenvolvida sem um envolvimento preciso dos objetivos de se estender a cobertura da assistência pelos servidores da saúde. Por isso ficou acordado que esse serviço deveria ser federal e descentralizado, utilizando a nova didática da educação permanente voltada para assistência primária. (LOPES, et al., 2007).

No Brasil, antes de surgir a Educação Permanente, já havia a Educação Continuada (EC) que era realizada pelas instituições. Ela se tornou pauta nas Conferências Nacionais de Saúde que já haviam identificado que a educação continuada não estava de acordo com a realidade encontrada pelos profissionais de saúde nas instituições nas quais trabalhavam, e não atendia as reais necessidades das comunidades que procuravam por esses serviços de saúde. (LOPES, et al., 2007).

No ano de 1977, a VI Conferência Nacional de Saúde colocou em pauta as questões da EC e a importância de se agregar novos conhecimentos aos profissionais que trabalhavam na área de saúde, que por sua vez, quando concluíam o curso de formação técnica ou acadêmica, deixavam de se atualizar. Então era necessário ocorrerem mudanças nesse contexto profissional, pois novos conhecimentos deveriam ser agregados à formação inicial dos trabalhadores.

No ano de 1980 ocorreu a VII Conferência Nacional de Saúde e a EC veio em outro contexto, associada a uma proposta de ampliação de cobertura, evidenciando a importância de se implantar projetos assistenciais para os professores que trabalhavam na formação de profissionais de saúde. (LOPES, et al., 2007).

As conferências realizadas nos anos de 1986 e 1992 admitiram a necessidade de ocorrer mudanças nas práticas de formação de trabalhadores de saúde e por isso era preciso ter profissionais voltados somente para esse trabalho de desenvolvimento de recursos humanos. Em 1986 ocorreu a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, na qual houve discussões sobre a política de recursos humanos voltados para a transformação sanitária. Precisava haver uma relação mais próxima entre as instituições e os profissionais da área para que houvesse uma troca mútua entre eles, por meio da qual se beneficiariam as instituições e também os usuários de serviços de saúde. Ficou apurado que o trabalho de saúde estava fracionado entre os profissionais, estando assim compartimentado em áreas específicas. Ao final da conferência ficou estabelecido que os gestores deveriam desenvolver uma nova didática reflexiva de aprendizagem para o desenvolvimento e crescimento da saúde (LOPES, et al., 2007).

No ano de 1993 ocorreu a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde, sugerindo que o desenvolvimento de recursos humanos deveria ocorrer nas secretarias estaduais e municipais de forma descentralizada, por meio de um

programa de educação continuada para atualização dos trabalhadores. (LOPES, et al., 2007).

Lopes e outros (2007, p.151) dizem que: “A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB/RH-SUS) [...] educação permanente: constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador”.

A X Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1996 e foi feito um resgate da conferência anterior. Foram colocadas em pauta novamente as atribuições do Ministério da Saúde (MS), segundo a qual deveriam ser instituídos programas de reciclagem, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos. A XI conferência Nacional de Saúde ocorrida em 2000 trouxe novas possibilidades de associação no controle de recursos humanos na saúde-gestão setorial-controle. Para corroborar com a educação permanente, os participantes deixaram claro que era necessário que os regentes do país, em todas as esferas nacional, estadual e municipal, se responsabilizassem e se empenhassem em realizar programas eficientes na formação dos profissionais de saúde com o financiamento do SUS. (LOPES et al., 2007).

Nos anos seguintes houve intensas discussões sobre propostas para modificar o contexto da saúde no Brasil e ficou claro que era necessária uma política única para se implantar com eficácia um programa que reestruturasse os serviços de saúde e os profissionais da área. Até que educação permanente se tornou uma política de educação permanente, já que antes era vista como um programa. Além disso, ela deveria ocorrer no ambiente de trabalho para que houvesse uma aproximação entre gestores e profissionais e fosse realizada de forma que abrangesse todos os profissionais das instituições. (LOPES et al., 2007).

2.2.4 Educação Permanente e Educação Continuada

A Educação Permanente e a Educação Continuada se diferem no sentido de que a EP está voltada para a conscientização reflexiva para mudar as práticas exercidas no ambiente de trabalho dos profissionais, onde os mesmos participam, juntamente com quem ministra esse processo de aprendizagem, de uma interação e cooperação mútua entre os profissionais. A EC busca atualizar os profissionais junto

com as novas tecnologias que surgem e não há troca de experiências entre eles, ficando assim os profissionais como expectadores que vão assistir mais um curso de atualização. Apesar dos dois modelos de educação partirem do mesmo objetivo, que é atualizar e capacitar os trabalhadores, a EP se destaca, pois envolve todos os trabalhadores das instituições de forma coletiva. (MEIRA, 2007).

A Educação Permanente é diferente da Educação Continuada e há pouco tempo se firmou como política pública. A Educação Continuada pode ser vista como uma atualização depois da formação acadêmica, pois tem a finalidade de trazer novas informações. Enquanto que a Educação Permanente orienta as pessoas a refletir, a se envolver com os estudos, a educação é baseada em problemas subjetivos e na busca para resolvê-los (MASSARO; SAUPE, 2005).

2.3 HUMANIZAÇÃO

Para Salício e Gaiva (2006) humanizar de acordo com os princípios éticos, nada mais é que tornar uma prática bela, por mais que esse processo aconteça dentro de um ambiente doloroso, degradante e triste, na presença do sofrimento, da deterioração e da morte.

Segundo Rios (2009), humanizar então é reconhecer o outro como humano, dar importância às características humanas, e a partir daí elaborar métodos que insiram esses aspectos humanos nos processos saúde-doença-cura.

Martins, Mota e Vêras (2006, p.325) citando a Política Nacional de Humanização dizem que:

A humanização é um pacto, uma construção coletiva que só pode acontecer a partir da construção e troca de saberes, através do trabalho em rede com equipes multiprofissionais, da identificação das necessidades, desejos e interesses dos envolvidos, do reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, e da criação de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

A assistência humanizada é designada por muitos como um simples tratamento de dignidade, carinho, amor, capacidade de colocar-se no lugar do outro, com tolerância, respeito às diferenças, associando-a com uma humanização piedosa, ligada à religião e filantropias, agindo com um conceito de humano como homem bom e carinhoso (ARCHANJO; BARROS, 2010).

O que deve ser entendido é que a humanização não significa criar práticas para distrair pacientes ou para ganhar títulos relacionados com uma temática que está em alta. Para execução real de uma assistência humanizada se requer uma reforma de toda estrutura gestacional e profissional que foi construída decorrente desses anos. Pois ela se fundamenta na valorização da pessoa humana, tendo como base o respeito, seus objetivos fundamentais visam a reestruturação por completo da estrutura de trabalho, fomentando a participação de todos de forma ética, elaborando meios e ações que contemplem o atendimento de saúde desde sua concepção gestora (RIOS, 2009).

2.3.1 A humanização no Brasil

Em 1988, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de ter a saúde como direito de todos e dever do Estado, afirmou-se a universalidade, a integralidade e equidade da atenção a saúde, apontando que a saúde não se reduz a ausência de doença, mas a uma vida com qualidade. A partir disso o SUS compromete-se com prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover e produzir saúde, enfrentando muitos desafios lidando com a defesa da vida e garantia do direito a saúde. Principalmente num país como Brasil, com tanta desigualdade socioeconômica, em que o acesso aos serviços e aos bens de saúde é responsável pelo acompanhamento das necessidades de cada usuário, sendo acrescentada a desvalorização dos profissionais de saúde, precariedades de relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente resultando em despreparo desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários. Fica nítido a necessidade de mudanças tanto no modelo de atenção, quanto de gestão (BRASIL, 2006).

Surgiram então, a partir do século XX, várias iniciativas referindo-se à humanização, na área da saúde mental e saúde da mulher, os quais cresceram e ganharam espaço, tornando um registro histórico. Vários hospitais começaram a desenvolver ações “humanizadas”, como melhorias na estrutura hospitalar, atividades lúdicas, lazer, entretenimento ou arte, porém ainda não modificaram substancialmente a sua gestão, o que já auxilia a diminuir o sofrimento que o ambiente hospitalar provoca em pacientes, familiares e nos próprios profissionais. Na humanização está

englobada a estrutura física, o apoio emocional oferecido ao paciente e ao familiar, respeito e ética no cuidar, solidariedade e empatia, integralidade, compaixão, interação social e principalmente compromisso profissional (RIOS, 2009).

Em 2000, sensível às iniciativas locais de humanização, o Ministério da Saúde criou o PNHAH (Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar), o qual passou por uma revisão que resultou na PNH (Política Nacional de Humanização), não focando apenas no hospital, mas abrangendo toda a rede do SUS, passando a ter como foco os processos de gestão e de trabalho, envolvendo toda e qualquer instituição que promove a saúde (RIOS, 2009).

2.3.2 Política nacional de humanização

Segundo Archanjo e Barros (2010), a PNH ou Humaniza SUS surge então como uma política que engloba as iniciativas que já existiam, a fim de interligá-las e potencializá-las, para ampliar a discussão sobre o conceito de humanização, tendo como um de seus princípios a indissociabilização entre a atenção e gestão.

A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde - "HUMANIZA SUS", é entendida como a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, sendo os usuários, trabalhadores e gestores, buscando força individual do tanto do serviço quanto do profissional, e a cumplicidade, trabalhando de forma solidária e cooperativa, afim de ser aplicada uma gestão participativa (ARCHANJO; BARROS, 2010).

Barros e Passos (2005) expõem que a direção em que a Política de Humanização busca imprimir se aproxima de um "conceito-experiência", ou seja, de uma humanização que será efetivada a partir das experiências do dia- dia dos serviços de saúde, em novas experiências do humano, não se baseando em um "humano idealizado".

Segundo Oliveira (2007), o Ministério da Saúde fez uma revisão no PNHAH (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar) no ano de 2003 e lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), incluindo a gestão e ampliação do controle social, com a proposta de assegurar atenção integral à população e aumentar a condição de direitos e de cidadania. As quatro prioridades são:

1. Diminuir as filas e o tempo de espera, com atendimento acolhedor e resolutivo.
2. Fazer com que o usuário do SUS identifique quem está prestando o cuidado, e os serviços de saúde irão se responsabilizar por sua referência territorial;
3. As unidades de saúde irão fornecer informações aos usuários, familiares e os direitos do código dos usuários do SUS;
4. Unidades de saúde irão garantir uma gestão participativa para os trabalhadores e usuários, fornecendo uma educação permanente aos seus trabalhadores.

Segundo Brasil (2006), a PNH se estrutura por princípios, métodos, diretrizes e dispositivos. Entende-se como diretrizes: clínica ampliada, co-gestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, fomento das grupidades, coletivos e redes e construção da memória do SUS que dá certo.

A implementação da PNH se dá por vários eixos que buscam institucionalizar a estratégia de humanização, bem como colher seus resultados pela sociedade (BRASIL, 2006):

- Eixo das instituições do SUS: incluir da PNH nos Planos Nacional, Estaduais e Municipais dos vários governos, e pactuada na agenda de saúde por seus gestores e Conselho de saúde.
- Eixo da gestão do trabalho: promover ações que garantem a participação dos trabalhadores nas discussões e tomadas de decisões, a fim de motivá-los e valorizá-los.
- Eixo do financiamento: unir os recursos vinculados à humanização com os subsidiários à atenção, repassando-os fundo a fundo de acordo com o compromisso dos gestores com esta política.
- Eixo da atenção: incentivar ações integrais, promocionais e intersetoriais de saúde, tendo como alvo o aumento da autonomia e protagonismo dos indivíduos envolvidos.
- Eixo da educação permanente: adicionar a PNH no conteúdo dos ensinamentos profissionalizantes em saúde, vinculando-a aos processos de Educação permanente e às instituições de ensino.

- Eixo da formação/comunicação: informar, discutir e debater amplamente a PNH em saúde na mídia.
- Eixo da gestão da PNH: desenvolver planejamento, monitoramento e avaliação da gestão institucional baseando-se nos princípios, diretrizes e metas da política, analisando seus resultados e gerando conhecimento específico na expectativa da Humanização do SUS.

Segundo Brito e Carvalho (2010), o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) tem como objetivo melhorar as relações entre os profissionais de saúde e os clientes como também do profissional com o seu colega de trabalho, do hospital com a sua comunidade, com o plano de transformar e melhorar a qualidade para atingir um melhor serviço.

Conforme Comicholi e outros (2006) entre as principais ações promovidas pela Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) estão:

1. Elaborar políticas de atendimento humanizado, com a formação de grupos.
2. Capacitar os profissionais com inovações de assistência, para elaborar projetos de humanização na localidade.
3. Registrar um conjunto de informações sobre a humanização, para levar as práticas em diferentes lugares do país.
4. Pesquisar as condições de humanização no atendimento nos Hospitais do SUS;
5. Formar o Portal Humaniza que trás todas as informações relativas a Rede de Humanização.

A PNHAH deseja que os profissionais da saúde cuidem por completo do ser humano, desempenhando uma atitude preferencial à dor, ao sofrimento, tanto como físico, psíquico, social e espiritual (COMICHOLI et al, 2006).

A humanização dos serviços de saúde tem a dupla tarefa de fazer com que se pense na realidade do sistema de saúde e a particularidade de cada serviço e a situação para que se possa criar soluções para enfrentar os desafios (BARROS; PASSOS, 2005).

2.3.3 A Humanização e a Qualidade

Desde o surgimento da humanização observam-se as iniciativas tomadas pelas instituições para alcançá-la, modificando infraestrutura, orientando aos funcionários, investindo em conforto, tecnologia e realizando atividades para a distração dos pacientes. Os hospitais privados colocam a humanização como um pré-requisito para adquirir títulos sem atentar-se ao que de fato ela propõe. Pré-estabelecem uma assistência e esquecem-se de se preocupar com a percepção do paciente sobre o serviço oferecido e com os seus funcionários. Isso é o que nos leva a questionar se a assistência humanizada tem o mesmo significado para eles. (RIOS, 2009).

Enquanto na maioria dos hospitais particulares a humanização reduziu-se em uma humanização superficial, com atendentes superficialmente bonitas, com atenção a uma vestimenta impecável, estrutura física embelezada e incrementada com lojas e materiais de consumo atraentes, nos hospitais não privados e nas organizações não governamentais já se pode ver a humanização mais próxima de seus objetivos, fomentando a cidadania (RIOS, 2009).

A instituição pública é uma organização destinada a acolher a comunidade, ainda que nem sempre isso aconteça da forma esperada. Prejudicada por grande demanda, por deficiências de recursos materiais e humanos a instituição pública vive, por muitas vezes, em circunstâncias de limites (COLLET; OLIVEIRA; VIEIRA, 2006).

Segundo Beck e outros (2007), observa-se a insuficiente valorização dos clientes e trabalhadores das instituições de saúde pública. Sendo insuficiente os aspectos humano, o hospital tende a adquirir modernos equipamentos e estruturas para os cuidados de saúde, a fim de balancear, o que não satisfaz às necessidades do usuário e do trabalhador.

Tem-se crescido a preocupação com o desempenho e utilização adequada dos serviços de saúde, por isso a avaliação e o monitoramento da qualidade nos hospitais tem sido alvo de muitas propostas e extenso debate quanto à efetividade e eficácia da atenção, aumentando a preocupação com o cliente, potencializada pelo avanço tecnológico e aumento de intervenções biológicas (SCHOUT; NOVAES, 2007).

Há um grande interesse por parte das instituições em ganhar “nomes” e selos de qualidade, referentes aos seus serviços, os quais são vistos como humanizados, através de normas certificadoras estabelecidas por organizações como a ONA - Organização Nacional de Acreditação, CQH - Controle da Qualidade Hospitalar, ISO - *International Organization for Standardization* e JCI- *Joint Commission International*, que tem como requisito a humanização. Estas normas, em sua maioria, possuem como pré-requisitos para a certificação a humanização do cuidado.

- ONA - avalia o aprimoramento contínuo da atenção a fim de garantir a qualidade na assistência prestada em todas as organizações de serviços de saúde no país, através da credibilidade, legitimidade, qualidade, ética e resultado (Organização Nacional de Acreditação).
- CQH - prioriza a ética profissional, autonomia técnica, simplicidade, voluntariado, confidencialidade e enfoque educativo, aspectos que compõem a proposta da PNH (Controle da Qualidade Hospitalar).
- ISO 9001 - compreende a organização focada no cliente, liderança, envolvimento de pessoas, enfoque no gerenciamento, melhorias contínuas, tomada de decisões fundamentadas em fatos e relacionamento benéfico com o fornecedor. Esta certificação não se restringe apenas a saúde, mas abrange várias organizações de diferentes áreas (*International Organization for Standardization*).
- JCI - tem o objetivo de melhorar a qualidade na assistência á saúde na comunidade internacional, fornecendo serviços de acreditações em hospitais abrangendo também outros países através do Manual de Padrões Internacionais para o Cuidado Contínuo; Manual de Padrões Internacionais para o Fornecedor do Transporte Médico; Manual de Padrões Internacionais para Laboratórios de Análises Clínicas (*Joint Commission International*).

Manzo (2009) notou em seu estudo que os enfermeiros reconhecem as técnicas, os processos e operações, poucos relataram aspectos importantes como valores individuais e sociais dos atores e das instituições, porém não apontaram a humanização da assistência como elemento indissociável ao processo de certificação. Apenas dois técnicos de enfermagem reconheceram que a humanização faz parte desse processo. As certificações hospitalares não devem ser

a meta, mas sim melhorar a qualidade de cada serviço de uma instituição, já que o destaque está no sistema e nos seus processos hospitalares (NOVAES, 2007).

Segundo Barros e Passos (2005), a humanização não pode ser interpretada como mais um programa a ser aplicado aos serviços de saúde, tornando-a operacionalizadas, burocrática, descontextualizada e dispersiva, por ações determinadas a serem cumpridas e metas a serem alcançadas independentes de seus resultados e qualidade, mas como uma Política transversal em toda a rede do SUS.

Não é possível entender assistência humanizada de forma obrigatória, com metodologias pré-estabelecidas, nem mesmo de forma de mosaico, a humanização requer cumplicidade, como a vida é dinâmica, globalizada, onde as relações diárias estão sempre em evidencia e discussão (BACKES; LUNARDI; LUNARDI, 2006).

Um hospital considerado humanizado engloba desde a área física e tecnológica, até as pequenas relações interpessoais, tudo isso totalmente comprometido com a ética, respeito e dignidade humana, sem distinção desde os usuários, os profissionais e a sociedade inserida nessa área. A qualidade assistencial é garantia certa (BACKES; LUNARDI; LUNARDI, 2006).

Qualidade é a prática de julgar um fato de acordo com um padrão, seguida de avaliações sistemáticas (NOVAES, 2007).

Segundo Manzo (2009), quando se tem um cuidado com qualidade, é inerente a alta capacitação profissional e técnica, somada ao ambiente organizacional com todos os seus recursos sendo utilizados da melhor forma possível. Dessa forma todos os riscos, tanto os profissionais quanto os hospitalares, são diminuídos. O grau de satisfação para todas as partes envolvidas é alto. A qualidade no cuidado trás um retorno perceptível para a sociedade, um atendimento adequado a cada caso de forma engajada e atenciosa, tem-se compromisso com o controle e pesquisa de satisfação e de qualidade, utilizando esses dados de forma responsável e pratica, não apenas servindo como estatística.

Têm sido um grande desafio introduzir na enfermagem novos elementos como causa do mal estar (doença), deslocando a saúde (bem-estar) para uma idéia de multicausas. Ou seja, reconhecer que outros fatores como ecologia, política, espiritualidade, economia, desenvolvimento industrial, científico e tecnológico, o

relacionamento do sujeito com o mundo, com o outro e consigo mesmo podem influenciar no bem ou mal-estar (ESPIRITO SANTO; PORTO, 2006).

Desse modo, a qualidade na enfermagem exige uma prática de desenvolvimento de técnicas, habilidades psicomotoras e conhecimento científico oferecendo segurança àquele que precisa de cuidados, assim como o saber se emocionar, criar, sonhar, imaginar, pesquisar, cuidar (ESPIRITO SANTO; PORTO, 2006).

Mello (2008) relata que os estudos de psicopatologia do trabalho incluem qualidade, saúde e segurança do trabalho. Há um aumento da qualidade quando é desenvolvido no trabalhador o prazer de realizar suas atividades. A organização e o trabalhador devem se unir para resolver as questões de saúde ocupacional e riscos nos ambientes de trabalho, a fim de promover segurança e saúde.

2.3.4 Enfermagem em um contexto humanizado

A enfermagem ao longo de sua trajetória tem sido associada ao cuidar, assistir. Anteriormente o cuidado estava relacionado com a religiosidade, no sentido de oferecer conforto físico e espiritual, abrigo e alimento aos que necessitavam. Era executado por pessoas que se dedicavam a caridade, que tratavam feridas dos soldados durante as guerras, mesmo sem nenhuma formação na área (WALDOW, 2008).

Com a construção dos hospitais essas pessoas sem formação foram utilizadas para cuidar dos enfermos, e o quadro de funcionários destes hospitais era composto por religiosas que haviam sido expulsas dos locais religiosos, prostitutas e bêbados, devido a isto essa época foi definida como período negro da enfermagem (WALDOW, 2008).

Florence Nightingale, uma enfermeira inglesa considerada fundadora da enfermagem moderna, foi quem imprimiu à enfermagem a importância de um ambiente limpo e organizado do conhecimento para a execução das ações, o comportamento e atitudes adequadas às enfermeiras, incluindo obediência, submissão e autoritarismo (WALDOW, 2008).

Com revolução industrial e científica houve uma super valorização da técnica, privilegiando-se a cura e atividades do cuidar, focando na doença e se esquecendo

da pessoa. A enfermagem passa a buscar uma posição de destaque e se caracterizar como ciência (WALDOW, 2008).

Espírito Santo e Porto (2006), relatam que com base no modelo assistencial de Florence Nightingale, a Enfermagem pode ser como arte ou ciência. Como arte ela cuida de indivíduos sadios e doentes através de ações administrativas, e como ciência ela se fundamenta em estudos e interpretação das leis da vida. De ambas, arte ou ciência, surgem ações como cuidar-educar-pesquisar, que estão conectadas e compõem as dimensões do desempenho do enfermeiro.

A Humanização na assistência já era uma preocupação da área da Enfermagem desde os tempos de Florence Nightingale. No Brasil, na década de 1970, Wanda de Aguiar Horta, enfermeira brasileira que descreveu o processo de enfermagem baseado nas necessidades humanas básicas, propagou um modelo de atendimento que disponibilizou aos pacientes um tratamento que permite o autocuidado, sem se desvincular do acompanhamento da enfermagem, fazendo com que o profissional reconheça e compreenda o homem como um todo (BRITO; CARVALHO, 2010).

Atualmente a enfermagem discute e questiona seus conhecimentos em busca de um enfoque mais humanista da enfermagem, dando origem a uma era de desafios, pois leva os profissionais a conviverem com uma variedade de ideias nos processos de cuidar (WALDOW, 2008).

Waldow (2008) diz que o cuidar é expresso através da relação com o outro, significando “zelar” pelo o outro, dirigido pelo sentimento de consideração e paciência. O cuidado é uma perspectiva terapêutica sobre um sujeito físico e mental, a finalidade do cuidado é fornecer conforto e alívio no momento em que esses são prejudicados pelo estado da ausência da saúde. Ele comporta o conhecimento, a técnica, e as relações sociais, que visa atender as necessidades humanas como biológicas psicológicas e sociais (ESPIRITO SANTO; PORTO, 2006).

Segundo Brito e Carvalho (2010) a humanização no atendimento de enfermagem tem sido um desafio constante, já que os próprios profissionais encontram uma recusa em praticá-lo. É fundamental acreditar que o cuidado humanizado é essencial para a prática no momento da internação do paciente.

Pensar na humanização da assistência sem focar no seu alvo principal, o trabalhador de enfermagem e saúde seria contraditório e ineficaz, o profissional

deve participar de todo o processo para oferecer um cuidado de qualidade e condizente com as propostas do PNH (BRITO; CARVALHO, 2010).

A atuação da enfermagem é fundamental para a concretização da humanização na atenção em saúde. A efetivação do PNH requer o acolhimento também do trabalhador, sendo cuidado e educado em condições de trabalhos compatíveis com a filosofia da Política da humanização (KLOCK et al, 2006).

O enfermeiro, como membro da equipe multidisciplinar que fica mais tempo junto aos pacientes, tem a capacidade de manter um vínculo afetivo com os pacientes e familiares. O essencial é que os pacientes estabeleçam com os enfermeiros uma atitude de confiança, respeito, e maior liberdade para dividir suas aflições e medos (MENDES et al, 2008).

A enfermagem é responsável pelo cuidado ao paciente nas 24 horas, por envolver diretamente o indivíduo e a família em todos os aspectos da assistência, possuindo autonomia para tomar decisões nesse sentido, e comunicar-se com outros membros da equipe de saúde no tocante aos cuidados e aos esforços colaborativos dirigidos a assistência de qualidade ao paciente, direcionado para a satisfação de todas as necessidades dele (SMELTZER; BARE, 2005).

Espírito Santo e Porto (2006) destacam que a enfermagem tem ação terapêutica essencial, significando “cuidar do ser”, diferente de “cuidar do corpo”, com embasamento científico, tecnológico, ético e fisiológico, ético e interacional, tendo o ser humano como um organismo físico, social, cultural e sensível. Para isso é necessário competência técnica e ética dos que executam o cuidado.

Humanizar é uma palavra que deve estar presente continuamente no cotidiano dos profissionais de enfermagem. É vital que se resgate as habilidades humanas do cuidado a fim de se conscientizar quanto à importância deste processo na saúde. Emerge daí a necessidade de estabelecer uma nova relação entre o profissional de enfermagem, gestores e usuários para converter o meio hospitalar em um ambiente mais acolhedor, favorecendo a construção de vínculos e obtenção de resultados (KLOCK et al, 2006).

Segundo Waldow (2008), se tem mais segurança no cuidar, tanto para quem recebe, quanto para quem fornece, quando o serviço de saúde possui uma vertente

humanizada, uma mentalidade desde a gestão até a porta de entrada, que tenha inserido o cuidado humanizado como dom absoluto.

Segundo Comicholi e outros (2006), o cuidado desumanizado com o profissional é perceptível quando o trabalhador vê o usuário como número, uma patologia, um órgão e não como um ser humano, ou seja, ele transmite no cuidar a forma como é cuidado pela instituição.

Mello (2008) diz que, a humanização favorece a enfermagem nos seguintes aspectos:

- Respeito, valorização e reconhecimento mútuos entre entidades representativas de classe e organização;
- Confiança, a fim de evitar os medos, os preconceitos e a falta de credibilidade na comunicação, na negociação e nas relações interpessoais;
- Honestidade e lógica na implementação do acordo e na exigência de reciprocidade;
- Aplicação criteriosa de justiça, nivelando e ajustando direitos e obrigações;
- Alcançar objetivos comuns que ultrapassem a organização no sentido de promover o bem-estar social.

2.3.5 A participação da humanização na recuperação da saúde

Quando o ser humano é afetado por uma enfermidade se torna vulnerável, razão pela qual merece ser olhado com muito respeito, já que se trata de um cliente e não uma máquina ou um objeto a ser reparado. Devido a isso é necessário modificar a forma de assistência normalmente prestada ao doente, pois ele está comprometido e ameaçado, às vezes, de invalidez e morte. O sentimento de insegurança, solidão, medo e desamparo vêm como consequência de seu adoecimento, fazendo com que ele busque na equipe de Saúde não apenas a sua cura, mas também segurança, apoio, afeto e solidariedade (SILVA; NAKATA 2005).

O paciente que procura cuidado para um problema de saúde também é um indivíduo, um membro de uma família e um cidadão da comunidade. Os usuários necessitam de equidade no atendimento, pois existem variações implicadas as

individualidades vividas anteriormente por cada um deles (SMELTZER; BARE, 2005).

Rios (2009), diz que segundo a psicanálise, ao adoecer a pessoa volta, inconscientemente aos tempos em que era cuidado por sua mãe. Desconsiderar esse estado e tratá-lo com superficialidade e desatenção as suas emoções é falta de ética e erro técnico, pois podem provocar danos para o paciente e o fracasso de seu tratamento.

Conforme Martins, Mota e Veras (2006), quando se tem a humanização, o ambiente hospitalar melhora fazendo com que se tenha a diminuição de tempo de internação, melhora dos pacientes em geral e dos funcionários, por consequência a redução de faltas do trabalhador e o hospital reduz os gastos, trazendo benefícios a todos.

Segundo Mello (2008), a humanização favorece o cliente quanto a:

- Qualidade integral e constante dos produtos e serviços sem engano;
- Responsabilidade às necessidades dos clientes;
- Compromisso de resposta às falhas dos bens e serviços;
- Busca permanente de melhor concorrência no mercado, mediante avanços tecnológicos em processos e materiais;
- Compromisso e criatividade para novidades que permitem menores preços aos clientes.

2.4 FATORES QUE INTERFEREM NA CAPACIDADE DE APRENDER E NO ATENDIMENTO HUMANIZADO

Existem acontecimentos na vida pessoal do profissional que podem atrapalhar sua capacidade de aprender e ou principalmente colocar em ação as boas praticas humanizadas. Nesse capítulo veremos situações que interferem desde atributos psicológicos, até alterações fisiológicas/patológica que o tipo de atividade pode ajudar a desenvolver.

2.4.1 Qualidade de vida

Falar sobre qualidade de vida é discorrer sobre um assunto atual, importante, porém, polêmico e complexo. Começar por definir o que se entende por qualidade de vida se faz então necessário para entender como a falta de uma qualidade de vida pode interferir na qualidade do aprendizado e na aplicação do cuidado humanizado à outro ser humano.

Segundo Wilhelm e Déak, citados por Guimarães e Grubits (1999) qualidade de vida é a percepção sensorial de estar bem de cada pessoa. Este é proporcionado pela aquisição de condições como riquezas materiais (Casa, emprego, objetos Etc.) ou conquistas imateriais como segurança pública, afeto, autonomia e atenção.

Fleck e outros (2000), relata que a definição de qualidade de vida foi feita pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, quando foi dito que pode-se dizer por qualidade de vida o auto conhecimento do indivíduo sobre si mesmo, tanto culturalmente, quando socialmente e envolvendo os aspectos físicos de valores como objetivos materiais, quanto aos valores emocionais psicológicos que dizem respeito a , afetividade, relacionamentos e preocupações.

Acredita-se que a qualidade de vida tenha um entendimento aonde são atendidas as necessidades e o que cada um espera como ser humano, desde funções biológicas até satisfação material. Na realidade começa com os próprios padrões do indivíduo sobre qualidade de vida e engloba de maneira ampla a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características salientes do meio ambiente de uma pessoa (FLECK et al, 2000).

A satisfação no trabalho é um dos pontos fundamentais na construção do conceito de qualidade de vida, já que o emprego ocupa boa parte das horas do dia e da vida , além de desenvolver relacionamentos e ser crucial no estado social do indivíduo. Nesse sentido, o mundo do trabalho tem sido um foco importante de estudo, na busca de uma melhor qualidade de vida do ser humano (FLECK et al, 2000).

Conforme Patrício e Casagrande, citado por Trevisan (2005, p.20):

O ambiente de trabalho, na qualidade de vida dos trabalhadores, é significativo. O ambiente promove as interações pessoais. Dependendo dos padrões dessas interações, a qualidade de vida dos indivíduos que

interagem e seus interdependentes pode 'melhorar' ou 'piorar'. Dos diversos mundos que compõem o cotidiano do ser humano, o mundo do trabalho é o que mais aparece no processo de busca de satisfação e também como causa de sofrimento nas interações com outros seres humanos e outros ambientes que o trabalho possibilita.

Quando as necessidades do trabalhador são atendidas, é notório o aumento da qualidade de vida do trabalhador. Principalmente quando os objetivos são alcançados, idéias são aproveitadas e se tem ausência de doença no trabalhador. Conforme essas necessidades são realizadas e alcançadas, a elevação da qualidade de vida no trabalho é garantida (GRAMSCI, apud OLIVEIRA, 1997).

Olhando bem profundamente, o ser humano é bem complexo, constituído por partes integrantes, é biológico, psicológico e social, porém tudo é conectado, formado por matrizes biológica, psicológica e social que participam interligadas aos estímulos e percepções que são recebidos pelo mundo exterior. Sendo que, as características físicas, metabólicas e hereditárias e adquiridas estão dentro da matriz biológica. A personalidade de cada indivíduo faz parte de formação da matriz psicológica, incluindo também a parte afetiva, emocional e do raciocínio; Já a matriz social é responsável pela formação cultural, moral e de valores, além das crenças, formação profissional e vivência familiar (FRANÇA; PILATTI, 2004).

Neste sentido, Sato, citado por Lacaz (2000) relata que a busca de uma maior harmonia entre as práticas organizacionais e o bem estar dos trabalhadores nos remete às questões de saúde e qualidade de vida no trabalho. Dessa forma, quando tentamos entender a qualidade de vida no trabalho, é visível a tentativa de alcançar os mais diversos interesses que estão disponíveis no local de trabalho e nas condições para esse trabalho, não importando se a empresa é pública ou privada. Esses interesses incluem desejos, afetividade, o sentir, a moralidade e valores religiosos de crença e fé, as questões financeiras, econômicas e políticas. Uma das estratégias para que isto se concretize, é o treinamento e a educação continuada do próprio trabalhador sobre a promoção da saúde, que os torna mais conscientes e comprometidos em absorverem as melhores práticas de um estilo de vida saudável e passarem os novos conhecimentos, não só para a clientela, como também para os familiares, contribuindo desta forma, para um melhor perfil de qualidade de vida pessoal, familiar e da comunidade.

2.4.2 Organização temporal/biológica do organismo (cronologia)

O período da noite e madrugada para o trabalho sendo ele diário ou alternados em plantão, é altamente prejudicial a vida humana, trazendo várias desordens biológicas, psicológica e social, podendo serem atribuídos a ocorrência da alteração temporal do organismo humano (CAMPOS; MARTINO, 2004).

Nas palavras de Ferreira (1987, p. 122):

Cronobiologia é o estudo da organização temporal dos fenômenos biológico-fisiológicos e/ou psicológicos. Ela nos ensina que os organismos apresentam estados funcionais que variam ao longo do tempo, ou seja, que respondem diferentemente a estímulos ambientais conforme o momento do dia, da semana, do ano, em que estes estímulos ocorram. Isto porque o organismo tem condições de medir o tempo e assim adaptar-se, e antecipar-se, a mudanças ambientais periódicas, que exijam modos de funcionamento qualitativa ou quantitativamente diferentes. Estas variações do organismo não são aleatórias, mas respeitam determinados ritmos, ou seja, ocorrem periodicamente. Quando o período do ritmo está em torno de 24 horas, ele é chamado de circadiano (do latim circa = em torno de e diem = dia).

Ferreira ainda destaca que a regularidade da função biológica em ciclos é que regula a organização temporal do indivíduo, um exemplo diário disso é o ciclo de estar acordado e dormindo (vigília-sono).

O organismo humano é fisiologicamente distinto nos diferentes horários diurnos e noturnos, pois as funções biológicas apresentam ritmos determinados geneticamente e governados por osciladores endógenos. Sob uma rotina diurna, estes ritmos estão sincronizados para que as pessoas estejam física e mentalmente ativas durante o dia e durmam à noite. A inversão do ciclo de vigília-sono decorrente do trabalho noturno provoca uma dessincronização interna dos ritmos biológicos com consequências negativas para o bom funcionamento de todo o organismo. Observa-se que os diversos ritmos circadianos das diversas funções não se distribuem ao acaso, mas também com variações temporais ambientais, isto é, estão sincronizados. Dessa forma, internamente temos uma ordem temporal, a qual os ritmos circadianos regulam com o ambiente. Essa ação controlada garante um tipo de relação como, por exemplo, da temperatura e o ciclo sono-vigília (FERREIRA, 1987).

O estudo de Ferreira (1987) é marcado ainda pela explicação dada em relação a existência de dois tipos de fenômenos externos que influenciam o sistema circadiano. Alguns são chamados de sincronizadores, que também são periódicos,

têm a capacidade de sincronizar os diferentes ritmos circadianos entre si e estes com o meio ambiente. Outros funcionam apenas como marcadores, não exercendo influências diretas nos mecanismos centrais de controle dos ritmos. O autor relata que para o homem os grandes sincronizadores são de natureza social: as “dicas temporais”, especialmente o conhecimento da hora do dia são sincronizadores potentes. Indivíduos em livre curso podem sincronizar-se com o horário-padrão da sociedade se lhes for dado o conhecimento da hora do dia, quer direta ou indiretamente. Grande parte dos distúrbios dos trabalhadores em turnos são subcíclicos, temporários, sendo as desordens temporais mais estudadas as das alterações do ritmo da temperatura.

Fischer, Lieber e Brown (1995, p. 545) explicam:

A variação diária da temperatura sofre consideráveis desvios de sua normalidade ao serem modificadas temporariamente os períodos de vigília e de sono. A dessincronização interna entre o ritmo da temperatura e do ciclo vigília-sono tem como consequências o desencadeamento e/ou o agravamento dos distúrbios de sono. O trabalho em turnos, sendo um importante perturbador da ritmicidade circadiana, tem certamente implicações negativas em muitos dos processos biológicos de auto regulação.

Toda essa variação afeta diretamente no sono do indivíduo, veremos a seguir a importância do sono sendo fundamental para o desenvolvimento de qualquer atividade humana, refletindo diretamente no sucesso de qualquer trabalho, principalmente em se tratando do serviço de enfermagem, cujo a falha é determinante na vida ou morte do cliente.

2.4.3 Sono

Segundo Fischer, Lieber e Brown (1995) as alterações ou distúrbios do sono, constitui um problema para quem trabalha em turnos, principalmente do turno noturno. Vários são os tipos de perturbações de sono, entre elas, citam-se:

- Diminuição na duração do principal período de sono;
- Aumento da sonolência;
- Aumento dos cochilos ou períodos de sono fragmentados;
- Diminuição da qualidade do sono;
- Fatores ambientais (ruído, desconforto térmico) perturbam o sono diurno.

Segundo Martino (2002, p. 96):

Os distúrbios do padrão de sono são sintomas preocupantes para os trabalhadores em turnos, o trabalhador terá um bom desempenho profissional se começar o seu trabalho descansado. Isto para a enfermagem é fundamental, por tratar-se de uma profissão, cujo cuidado à pessoa não admite erros.

Neste caso o indivíduo é obrigado a inverter o seu horário de dormir, causando uma desordem temporal no organismo e ao longo do tempo podendo trazer prejuízos à sua saúde.

Quem trabalha em plantões, adéqua seu horário de dormir e de acordar de acordo com sua escala. Dessa forma, apenas o horário material sofre essa adequação, e não o biológico, pois isso está atrelado ao ciclo circadiano, que está intimamente ligada às características específicas do horário noturno, onde o meio ambiente fornece situações específicas favoráveis ao sono reparador humano (FERREIRA, 1987).

Dormir durante o dia é dificultoso em ralação as dificuldades que o ambiente apresenta, como claridade, barulho, interferência de terceiros, alterando totalmente as fases do sono, perdendo absolutamente as suas funções de reparação. (CAMPOS; MARTINO, 2004).

Quando falamos de empregos na área da saúde, a pluralidade dos esquemas e turnos de trabalho é muita. O tipo de rotina entre as atividades diurnas e noturnas são bem diferentes. Quando o trabalhador precisa trabalhar de forma contínua no horário noturno, acontece de virar habito o padrão de sono monofásico, fazendo com que, as propriedades revigorantes do sono sejam prejudicadas, e se for cumulativo as noites trabalhadas, as conseqüências podem ser desastrosas e irreversíveis. (MARTINO, 2002).

Fischer, citado por Borges (2006), estudou a equipe de enfermagem (Enfermeiro, auxiliares e técnicos), observando através de pesquisa verbal (percepção do indivíduo) como era a qualidade do sono desses profissionais, tanto durante o período de trabalho, quanto nos momentos de folga. Assim também pode observar a qualidade da atividade do profissional (nível de alerta) durante o plantão diurno e noturno de 12 horas trabalhadas. Após a coleta dos dados, foi comparada a duração do sono diurno e noturno, onde se percebeu uma diferença importante entre eles, quem trabalhava no plantão noturno tinha um sono diurno muito prejudicado

após os períodos de trabalho noturno, quem trabalhava ao dia, e não perdia as noites de sono, teve uma qualidade de sono noturna absolutamente mais satisfatória do que o grupo que trabalha no plantão noturno. Quanto à diminuição da qualidade de estar alerta, foi percebido em três momentos do turno da noite que quanto mais tempo se passa que o profissional está trabalhando, pior é o seu estado de alerta. Com esses dados pode-se concluir que no trabalho noturno a sonolência é um fator importante que deve ser considerado, podendo assim, prejudicar tanto a saúde do trabalhador, quanto os clientes que estão sendo atendidos aumentando o risco de erros.

Ainda Fischer, citado por Borges (2006), fez uma comparação entre os trabalhadores da enfermagem e os profissionais que trabalham em petroquímica. A intenção era observar essas alterações entre atividades diferentes, e o que se pode notar é que as alterações encontradas no parágrafo anterior, também foram muito parecidas nesse outro estudo, assim como antes, quem trabalhava no horário da noite, quando saiam do plantão tinham um sono bem menor e de pior qualidade do que quem trabalhava ao dia, foi assim observado tanto na percepção do próprio trabalhador, quanto na comparação entre os trabalhadores. Fica muito claro a importância da escala em turnos, com períodos menores de trabalho, além da organização para que tudo funcione da melhor forma possível, para melhor atender os profissionais fortalecendo a saúde, bem estar físico e social, além da segurança de modo geral no trabalho.

Segundo Fischer e outros (1993) os distúrbios de sono tendem a se agravar com a idade, portanto um trabalhador em turnos deve apresentar provavelmente, mais dificuldades, à medida que tenha um maior tempo de trabalho em turnos.

2.4.4 Estresse

O estresse relacionado à ocupação recebe atenção especial, e os principais estudos estão voltados aos trabalhadores da saúde, pois os malefícios são derramados não só para o trabalhador, como também para quem recebe esse serviço. Sabe-se que o estresse é um dos fatores responsáveis por alterações do estado de saúde e de bem-estar do indivíduo que podem levar à doença e à morte (MARTINHO, 2002)

Pafaro; Martino (2002, p. 153) explicam o conceito de estresse:

Estresse significa pressão, insistência e estar estressado significa estar sob pressão ou estar sob ação de um determinado estímulo insistente. Tem sido considerado como um dos problemas que mais frequentemente age sobre o ser humano, interferindo na homeostase de seu organismo devido à grande quantidade de tensões que enfrenta diariamente.

“O estresse é um estado produzido por uma adaptação no ambiente que é percebida como desafiadora, ameaçadora ou lesiva para o balanço ou equilíbrio dinâmico da pessoa” (SMELTZER; BARE ,2005, p. 86).

O estudo de Smeltzer e Bare (2005) diz que o hospital e as áreas que trabalham com saúde são diferenciados, porém não se dá a devida importância a esse fato, muitas vezes os empregadores agem como uma empresa qualquer, essa falta de tato relacionada ao tipo de prática de trabalho dos profissionais de saúde, atenta seriamente a qualidade do atendimento, bem como prejudica de forma drástica a saúde desse trabalhador. As autoras ainda constataam que as atividades dos profissionais de saúde trazem muito mais tensão do que outras, principalmente pela alta carga de trabalho sem a quantidade adequada de funcionários, bem como ao estresse emocional envolvido no ato de cuidar de pessoas doentes.

2.4.4.1 O combate ao estresse

Quando se fala em estresse, não se pode deixar de falar em estratégias de enfrentamento. Sabemos que o homem vive em constante exposição a diferentes agentes estressores, que variam de acordo com sua época, e, em consequência, ele necessita utilizar diversificadas formas de enfrentamento para sobreviver (HAAG; LOPES; SCHUCK, 2001).

Além disso, há contextos que expõem o indivíduo a situações que exigem, com maior frequência, a utilização desses recursos de enfrentamento ou de adaptação, como o caso da área profissional da enfermagem, que vive em constante contato com pessoas:

“[...] trabalhar em um ambiente dessa natureza costuma criar uma sensação de estresse psicológico, que pode ser mediado pelos recursos de que o indivíduo ou grupo dispõe” (HAAG; LOPES; SCHUCK, 2001, p.115).

Referindo-se ao estresse ocupacional, Haag; Lopes; Schuck (2001) descrevem que o contexto da organização, em combinação com as características da personalidade

do indivíduo e a situação interpessoal, pode levar à percepção de determinado contexto como estressante para alguns e pouco ou não-estressante para outros.

Segundo Smeltzer e Bare (2005, p. 86):

A adaptação é um processo constante e contínuo que exige uma alteração na estrutura, função ou comportamento, de modo que a pessoa fique mais bem adaptada ao ambiente; ela envolve uma interação entre a pessoa e o ambiente. O resultado depende do grau de “adaptação” entre as competências e as capacidades da pessoa, do tipo de suporte social disponível e dos vários desafios ou estressores a serem enfrentados.

Algumas das doenças que podem ter como agente precipitador o estresse, são as doenças cardiovasculares e gastrintestinais.

2.4.5 Alterações patológicas mais comuns

2.4.5.1 Alterações Cardiovasculares

As pesquisas de Knutsson, citado por Fischer, Lieber e Brown (1995) apontaram que o trabalho por turnos aumenta de forma significativa os riscos de se ter uma doença cardíaca ou vascular; E está diretamente proporcional ao tempo do turno, e a quanto tempo o trabalhador trabalha dessa forma, quanto mais prolongado é o turno e quanto maior é o tempo que o profissional está nesse mesmo turno, também maiores são os riscos. Nessa pesquisa também foi comprovado que os que trabalham no turno noturno são os que mais desenvolvem o vício do tabagismo além de terem uma alimentação desbalanceada, com pouco consumo de fibras e rica em carboidratos e gorduras.

Segundo Stenberg e outros citados por Gibran (1998), trabalhadores noturnos sofrem um achatamento considerável do padrão normal de 24 horas de variáveis cardiovasculares, tais como taxa cardíaca e pressão arterial, indicando que o sistema nervoso simpático está ativo durante a noite, pois flutuações na pressão arterial e atividade simpática ao longo das 24 horas estão estreitamente ligadas.

Os mesmos autores ainda afirmam que o ciclo biológico é diminuído na pressão arterial e nas funções cardíacas durante o sono para os profissionais que trabalham no período da noite por muito tempo, dessa forma as alterações clínicas e fisiológicas tem grande peso. O plantão noturno é contra indicado para pessoas que sofrem de hipertensão arterial sistêmica, pois é necessário atentar-se para o ciclo

biológico alterado nesse horário de trabalho, que reflete diretamente na alteração do ritmo cardíaco do indivíduo.

2.4.5.2 Alterações gastrintestinais

Os distúrbios gastrointestinais em geral, como azia e gastrite e, particularmente, ulceração péptica, estão associadas com o trabalho em turnos e noturno.

Segundo Fischer, Lieber e Brown (1995, p.549):

[...] O trabalho em turnos pode aumentar a freqüência da ulcera (gástrica ou duodenal) da seguinte maneira: os padrões de sono alterados produzem marcadas mudanças nos padrões secretórios da adrenal, ritmicidade pineal, secreções de enzimas digestivas, alterações na alimentação e motilidade gastrointestinal. É possível pensar-se que o trabalho em turnos é capaz de induzir a um estado de estresse devido ao continuo processo de dessincronização interna que frequentemente existe nos trabalhadores em turnos. Naqueles indivíduos que são mais suscetíveis, a ulcera ocorre. Há necessidade de ser determinado quantos outros fatores (ambientais e genéticos) contribuem para a expressão desta doença.

Parece absolutamente claro que o horário de trabalho irregular, a estrutura física do ambiente de trabalho precária, as relações interpessoais no trabalho estressantes, as características do plantão noturno, as alterações no ciclo biológico e hábitos alimentares dos trabalhadores em turnos, tudo isso seriam, segundo Rodgers e Rodgers citados por Regis Filho (1998), atributos que favorecem o surgimento das alterações gástricas e intestinais.

Segundo Regis Filho (1998) quem trabalha em turno noturno, come de forma errada, alimentos menos saudáveis, condimentados, alguns tem inapetência, outros comem por nervoso, quantidade maior do que as necessidades fisiológicas necessitam. Tudo isso favorece que se tenham distúrbios gastrointestinais completos. parece claro que os trabalhadores de turnos e noturnos têm seus hábitos alimentares alterados fazendo menos refeições, têm menos apetite e fazem mais lanches fora de hora que os trabalhadores diurnos, contribuindo para um quadro de distúrbios gastrointestinais generalizado.

2.4.6 Absenteísmo

Entende-se por absenteísmo a falta do empregado ao trabalho. Pode ser classificado em: absenteísmo-doença (ausências justificadas por licença-saúde);

absenteísmo por patologia profissional (acidente de trabalho e/ou doença profissional); absenteísmo legal (amparado por lei, como: gestação, nojo, gala, doação de sangue e serviço militar), absenteísmo-compulsório (suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou por outro impedimento de comparecer ao trabalho); e absenteísmo voluntário (razões particulares não justificadas). O trabalhador pode ainda faltar ao trabalho por razões de caráter familiar, por motivos de força maior, por dificuldades ou por problemas financeiros, por problemas de transporte, por baixa motivação para trabalhar; por supervisão precária de chefia e políticas inadequadas de organização (QUICK E LAPERTOSA apud SILVA E MARZIALE, 2003).

Os profissionais de enfermagem desenvolvem suas atividades de forma muito desgastante, trabalham por longos períodos de tempo, praticamente todos os dias, com descanso muito reduzido, principalmente pelo teto de salário precário, sofrem com a rotina e repetitividade, sobrecarga física e psicológica, falta de reconhecimento e cobrança em excesso. Tudo isso favorece a perda da saúde e os acidentes te trabalho (ALVES apud SILVA; MARZIALE, 2000).

Moura citado por Silva e Marziale (2000), relata que funcionários que passam por doenças, seja ela de origem física ou psicológica, acabam levando esses problemas para o ambiente de trabalho, levando ao absenteísmo, imprudências e imperícias, refletindo na baixa qualidade do serviço prestado.

O absenteísmo evidentemente prejudica o funcionamento do serviço, gera uma assistência de enfermagem precária e trás a discussão as raízes desse acontecimento, muitas vezes ligadas a problemas de saúde ocupacionais. Partindo do pressuposto de que a saúde e a qualidade de vida dos funcionários interferem na qualidade da assistência de enfermagem ao paciente nos hospitais, é necessário que seus gestores invistam em questões fundamentais como adequação do ambiente de trabalho, equipamentos, tecnologias empregadas e principalmente na saúde de seus trabalhadores (SILVA; MASSAROLLO, 1998).

2.4.7 Interferências da vida social no trabalho

Os distúrbios na vida social e familiar podem ser considerados de significativa relevância para o bem-estar dos trabalhadores em turnos e são importantes na adaptação da pessoa aos regimes de turnos. Em todos os modelos teóricos que tentam explicar a relação das variáveis envolvidas no processo saúde-doença, as perturbações da vida sócio-familiar estão inseridas como parte destes elementos (FISCHER; LIEBER; BROWN,1995).

A vida social fica muito prejudicada porque sofre uma invasão das questões do trabalho nos relacionamentos familiares, também por falta de tempo para eventos sociais, além de não ter a possibilidade de planejamento da vida pessoal (COSTA; MORITA; MARTINEZ, 2000).

Segundo Fischer, Lieber e Brown (1995, p. 548):

Durante grande parte de sua vida, o trabalhador em turnos está na contramão da sociedade diurna, não apenas durante as jornadas noturnas, mas também nos outros horários vespertinos, fins de semana e feriados. Os benefícios compensatórios (adicionais nos salários) não compensam necessariamente as restrições enfrentadas por estes trabalhadores em suas vidas.

Particularmente, as atividades conjuntas entre pais e filhos ficam prejudicadas, em razão do cansaço após o plantão noturno. Ernst e cols, citados por Fischer, Lieber e Brown (1995) relata que as atividades de lazer são dependentes de outras atividades, por exemplo, do período de sono; os esquemas de turnos e os períodos de sono interagem, afetando a utilidade do tempo livre que resta aos trabalhadores.

2.4.8 Dimensionamento de pessoal

O conselho federal de enfermagem determina por meio da resolução nº189/96 que a quantidade de profissionais de enfermagem para o atendimento aos pacientes, deverá levar em consideração os diferentes níveis de formação (Auxiliar, Técnico e Enfermeiro), o tipo de serviço de saúde oferecido, como exemplo, consultório, pronto socorro, UTI, internação, centro cirúrgico e outros, bem como as condições a qual o paciente se encontra (CAMPEDELLI; et al. 1987).

Esse dimensionamento é responsabilidade exclusiva do enfermeiro, que tem a capacidade de aplicar escalas adequadas para a identificação do grau de

dependência do paciente, bem como avaliar e elaborar protocolos operacionais que ajudem o funcionamento desse serviço de saúde (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2005).

A quantidade de profissionais disponíveis para o atendimento de enfermagem será determinante na qualidade dessa prestação de serviço, qualidade essa aqui podendo ser definida, como conjunto de situações que vai desde a capacidade técnico-científica do profissional, uso da estrutura física e instrumental, até o nível de segurança total do paciente e sua satisfação final (Organização Mundial de Saúde, 1981).

Dessa forma, podemos afirmar que o número inadequado de profissionais de enfermagem reflete de forma negativa na qualidade da assistência prestada, trazendo falta de segurança ao paciente e aos profissionais, desde disseminação de infecções, imperícias, imprudências e negligências na aplicação das rotinas de cuidados gerais e terapia medicamentosa, até a insatisfação que gera estresse e desestimula os profissionais (KROKOSZ, 2007).

Conhecer o grau de dependência de cada paciente e aplicar no dimensionamento de pessoal fará toda a diferença para se alcançar o cuidado humanizado e proporcionalmente o aprendizado e desenvolvimento permanente do profissional, evitando o maior tempo gasto com internações, despesas hospitalares, absenteísmo e incapacidade de ter uma equipe covalente, sem muita rotatividade (KROKOSZ, 2007).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação Permanente em Saúde é constituída de uma metodologia de ensino baseada na pedagogia problematizadora, a qual entende que a pessoa é o personagem principal da educação. Ela parte do pressuposto que é necessário conhecer a realidade das pessoas, que é preciso se colocar no lugar do outro para assim entender como ocorre esse processo de educação. A educação permanente utiliza a pedagogia de Paulo Freire para embasar seu trabalho, enquanto a pedagogia problematizadora tem como objetivo entender o cotidiano das pessoas para assim traçar seu plano de ação educadora e transformadora. A metodologia de ensino utilizada sempre vai ser reflexiva para buscar problemas e tentar achar os meios de resolvê-los. Para isso, a pedagogia de Paulo Freire requer que a pessoa saia do seu eu para estar no eu do próximo, vivendo uma relação mútua de troca de experiências e saberes inerentes a cada um.

A educação permanente em saúde permeia seus objetivos na construção de uma política voltada para a atenção e educação dos trabalhadores da área de saúde. Sendo assim ela surgiu da necessidade de mudar as práticas dos serviços de saúde aumentando a qualidade da assistência aos usuários de saúde. Ela leva em consideração as experiências dos profissionais, através da qual os indivíduos são instruídos a refletirem sobre seu trabalho de forma que percebam onde está havendo mudanças, onde seu serviço pode mudar, para assim melhorar seu trabalho.

A educação permanente é um estímulo para os profissionais, pois ela é praticada em seu local de trabalho, sendo assim ele não precisa se afastar do seu ambiente cotidiano para participar do processo da educação permanente. Pois a educação permanente não é um curso de atualização e sim uma metodologia com a finalidade de transformar as práticas de trabalho. E o educador, ao ensinar, deve levar em consideração o meio em que a pessoa vive sua cultura e aprendizados anteriores, para assim ministrar sua aula. É a pessoa quem deve entender o processo da educação permanente através da reflexão e conscientização, para transformar seus atos e comportamento, seja ele no seu convívio social ou ambiente de trabalho. A educação permanente também parte desse pressuposto, no qual os profissionais devem ter suas experiências como parte do ensino. Aqui há uma troca de saberes

para modificar as práticas de trabalho. O processo de trabalho em enfermagem também pode ser inserido nesse contexto da educação permanente para mudar as práticas na saúde e assim sistematizar os cuidados prestados otimizando o serviço do enfermeiro.

Nesse contexto, podemos também introduzir a humanização como parceiro inseparável nos serviços de enfermagem, considerando que a humanização também é de extrema importância para a construção de uma assistência de qualidade, porém, para que esta qualidade ocorra, fazem-se necessárias melhores condições de trabalho para os profissionais que a executam. A PNH é uma política nova, forte, inovadora, de grande relevância, porém a sua total implantação ainda não é uma realidade, pois são necessárias muitas mudanças e a superação de muitos desafios para alcançá-la. Apesar das inúmeras mudanças e iniciativas que já ocorreram em todos esses anos, há necessidade de uma mudança na gestão, como é proposto pela PNH, porque através desta gestão é possível oferecer aos profissionais uma melhor condição de trabalho, maior segurança, autonomia e motivação, estimulando-os a prestarem uma assistência de qualidade e com mais humanidade.

A humanização não se resume em “aparências”, mas em ações de saúde, mudanças de atitudes quanto ao cuidado, a fim de refletir em uma melhor assistência, satisfação do paciente e contribuir de forma a diminuir o tempo de sua recuperação. De acordo com sua elevada importância, a humanização deveria ser incluída na formação acadêmica dos profissionais, tanto na teoria quanto na prática, possibilitando que os profissionais cheguem ao mercado de trabalho cientes do objetivo, para que serve e em que implica a PNH, com uma pequena vivência das situações e desafios que advém da implantação da humanização e noção da gestão necessária para executá-la, e principalmente que saiam da formação já com um senso crítico desenvolvido.

Importante salientar a necessidade de uma avaliação e fiscalização da infraestrutura e recursos materiais dos locais de serviços de saúde, a fim de respeitarem os protocolos existentes e adequados para cada tipo de instituição, atendendo quanto aos materiais e equipamentos necessários para a prestação de seus serviços, objetivando mais conforto aos pacientes, e condições para a realização de uma assistência digna e segura. Quanto aos recursos humanos comparado à demanda de pacientes, as instituições têm a obrigação de contratar o quantitativo de

funcionários necessários para suprir esta demanda, cumprindo a resolução do COFEN nº 189/96, que normatiza a proporção de cada especialidade profissional de acordo com o tipo de instituição.

Podemos destacar também que há o excesso de atribuições e burocracias inseridas no trabalho de enfermagem, no qual o quantitativo de enfermeiros nem sempre é suficiente para cumprir todas essas tarefas, além de sobrecarregá-los, ainda diminui o tempo junto ao paciente. Os enfermeiros têm como competência promover e melhorar as relações interpessoais entre sua equipe, bem como treiná-los ou orientá-los a estabelecer este vínculo com o paciente, demonstrando a sua importância como base do cuidado e do trabalho em equipe. Da mesma maneira a instituição tem responsabilidade em estabelecer em seus funcionários esta interação. A baixa remuneração salarial dos profissionais de enfermagem demonstra a desvalorização destes perante as instituições.

Os profissionais devem lutar junto aos sindicatos de enfermagem em busca de melhor remuneração, para que possam se satisfazer plenamente apenas com um vínculo empregatício e dedicar-se mais ao cuidados dos pacientes sob seus cuidados.

A grande convivência com a dor, morte e sofrimento, somada aos fatores extrínsecos e intrínsecos que podem prejudicar o aprendizado e aplicação do serviço humanizado, causam estresse no profissional, o que compromete a assistência que prestam aos pacientes. As instituições devem cuidar dos funcionários para que eles possam cuidar dos pacientes, através de acompanhamento psicológico conforme suas necessidades, a fim de analisar como está a saúde psíquica e emocional destes, realizar momentos de descontração e lazer para os funcionários e seus familiares.

Os desafios citados neste trabalho são reais e dificultam o trabalho da enfermagem, porém não se tornam justificativas para a não aplicação da humanização em nosso dia-a-dia. A enfermagem não pode se acomodar no lugar de vítima. Enquanto profissionais comprometidos com a vida e com o cuidado, devem se aperfeiçoar para desenvolverem a humanização em seus serviços, bem como buscar participar ativamente das decisões relativas à sua equipe, e da gestão institucional quando lhe dado oportunidade.

Há diferença entre o hospital particular e o público quanto à forma de humanizar suas assistências, porém ambas ainda não a alcançaram. A instituição particular faz uma série de exigências quanto à forma de abordar o paciente e a família, como cordialidade ao tratá-los, a aparência física do profissional, conforto do paciente, manter o ambiente organizado e climatizado, burocracias que de certa forma colaboram para a humanização, porém posturas que prejudicam a humanização como a burocracia em excesso e registros dispendiosos que acabam substituindo a humanização real do cuidado, focando em aparências e títulos. Já na maioria das instituições públicas, o que podemos observar é o descaso e desatenção oferecidos por parte de alguns profissionais, maus tratos nos cuidados e indiferença, somada a falta de estrutura, entre outros fatores, já que não há tantas exigências por parte dos gestores.

O ideal de alcançar um atendimento humanizado e de qualidade, só será obtido com total participação de todos os atores envolvidos, desde a gestão, até os menores cargos do ambiente de trabalho. A capacitação é vertente indispensável e caminha junto para se alcançar a excelência no cuidado humanizado, assim a educação permanente deve ser perpetuada como gestão prioritária para os que almejam o sucesso da qualidade máxima no atendimento.

É muito importante lembrar sempre que o cuidado humanizado é algo que atinge todos os envolvidos, o profissional tem muitos benefícios pessoais e de saúde, a empresa tem um maior retorno financeiro, e o cliente fica satisfeito e bem cuidado. Então o comprometimento intersetorial é de grande importância. Como visto, os fatores que podem prejudicar a vida dos trabalhadores são muitos, e a ausência da saúde é um dos principais deles, a medicina do trabalho deve participar de forma ativa da vida laboral dos trabalhadores a fim de que observe, previna e corrija os males que podem incidir no trabalhador, prejudicando tanto no aprendizado permanente, quanto na vivência de desenvolver de forma profunda a atitude humanizada.

Dessa forma podemos perceber que o dimensionamento de pessoal tem peso absoluto para se alcançar essas metas, nada do que foi falado quanto às boas práticas de assistência e o envolvimento no aprendizado permanente poderá ser alcançado com o número inadequado de profissionais. Cabe ao enfermeiro mostrar a necessidade de número maior de profissionais por meio de indicadores,

exemplificando os benefícios para o hospital e para todos os envolvidos. Não é possível, por exemplo, um profissional técnico em enfermagem cuidar de três ou quatro pacientes que requerem atenção intensiva, sem que isso se reflita negativamente na qualidade dessa assistência, como aumento do tempo de internação, maiores gastos e desperdícios de recursos hospitalares, na segurança do paciente entre outras coisas que juntas colocam em risco a vida do paciente, não permite que a enfermagem cresça e nem, muito menos, permite que se tenha uma assistência humanizada.

Sabemos que essa caminhada é complexa e desafiadora, principalmente para os profissionais de enfermagem, porém não é impossível ou impraticável. Não se pode negar a importância do enfermeiro neste processo, como um profissional capaz de planejar e executar um plano de educação permanente, vivendo por dentro das mudanças necessárias, como um ator indispensável para se alcançar a atitude verdadeira do cuidado humanizado, tornando-se práticas cotidianas e naturais, trazendo benefícios grandiosos para a vida pessoal dos profissionais, para a empresa e principalmente para o cliente que necessita do restabelecimento da saúde.

Sabemos, portanto, que a educação permanente ainda é um grande desafio para a maioria dos profissionais de enfermagem e para os gestores desses profissionais, principalmente. A partir dessa pesquisa, poderíamos refletir como tem se dado, na prática cotidiana, a aplicação deste formato de trabalho, tanto a nível nacional como estadual e municipal. Apontamos aqui vários caminhos para implantação da Educação Permanente, vinculada à humanização, mas só a partir de um trabalho prático, sistemático, poderíamos perceber e enfrentar as reais barreiras de aplicação deste modelo de educação. Sendo assim, podemos concluir que avançamos com essa pesquisa, no sentido de oferecer um suporte para discussão da problemática, e abrimos uma porta para que esta discussão se amplie no campo do trabalho efetivo.

REFERÊNCIAS

- ALVES (1995), apud SILVA, D.M.P.P.; MARZIALE, M.H.P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Rev.latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, outubro 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n5/12366.pdf>>. Acesso em jun 2015.
- ANDRADE, S. R.; LANZONI, G. M. de M.; MEIRELLES, B. H. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2011; 35 (4): 373-381). Disponível em:<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/educacao_permanente_saude_atribuicoes_deliberacao_pacto_gestao.pdf> Acesso em maio 2013.
- ARAUJO, M. A.L. O professor instrutor e o professor educador. [Entre 2006 e 2016] Disponível em < <http://www.infoescola.com/educacao/o-professor-instrutor-e-o-professor-educador/>> Acesso em out 2016.
- ARCHANJO, J. V. L.; BARROS, M. E. **Política Nacional de Humanização: Desafios de se construir uma “Política dispositivo”**. Universidade Federal do Espírito Santo/UFES. 2010.
- BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, W. F. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, janeiro-fevereiro, 2006; 14(1): 132-5.
- BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: Um Novo Modismo? Interface - **Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 9, n. 17,p. 389-394, 2005.
- BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; DENARDIN, J. M.; TRINDADE, L. L.; LAUTER, L.; A Humanização na Perspectiva dos Trabalhadores de Enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, vol.16 no.3 July/Sept. 2007 doi: 0.1590/S0104-
- BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In.: MINISTÉRIO da SAÚDE/OPAS- Representação/do Brasil UFRN- NESC. **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde- CADRHU**, Natal, EDUFRN 1999.
- BRASIL, **Política nacional de humanização: Humaniza SUS**. 2005. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389> Acesso ago 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Formação de Apoiadores para a Política Nacional da Gestão e de Atenção à Saúde**. V.2, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/comunicacao-e-educacao-em-saude/cartilhas_pnh/livro_complementar.pdf>. Acesso em abr 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Disponível em: < http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html> Acesso em jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação permanente em Saúde**. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf> Acesso em ago 2016.

BRITO, N. T. G.; CARVALHO, R. A. A Humanização segundo paciente oncológicos com longo período de internação. **Revista Einstein**, São Paulo, 2010; 8(2 Pt 1):221-7.

CAMPEDELLI, M.C; TAKITO, C; SANCINETTI, T.R; BENKO, M.A. Cálculo de pessoal de enfermagem: competência da enfermeira. *Rev Esc Enferm USP* 1987;21(1):3-15.

CAMPOS, M. L. P.; MARTINO, M. M. F. Aspectos cronobiológicos do ciclo vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 38, p. 415-421, 2004. Disponível em <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/184.pdf>>. Acesso em mai 2015

CAVALCANTE, E. F.O.; MACEDO, M.L.A.F.; OLIVEIRA, J.S.A.; MARTINS, J.G.; BACKES, V.M.S. Prática da Educação Permanente pela Enfermagem nos Serviços de Saúde. 2013. Disponível em <<file:///C:/Users/CLIENTE/Downloads/3073-35257-1-PB.pdf>> Acesso em 5 jan 2016.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu) [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 161-168. ISSN 1414-3283. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>.> Acesso em out. 2015.

CELESTE, T. **Educação Permanente, um olhar sobre a aprendizagem no trabalho**. 2003. Disponível em: <<http://www.abem-http://www.abennacional.org.br/home/ceducdocumentos.htm.1525245%hfsdfj>> Acesso em dez 2015.

COLLET, N. C.; OLIVEIRA, B. R. G.; VIEIRA, S. A Humanização na Assistência à Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n.2, Ribeirão Preto, mar./abr. 2006, doi: 10.1590/S0104-11692006000200019.

COMICHOLI, G.V; ERDMANN, A. L.; MARTINS, J. J; KLOCK, P. Reflexões sobre a Política Nacional de Humanização e suas Interfaces no Trabalho da Enfermagem em Instituição Hospitalar. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 3, p. 398-406, set/dez. 2006.

CONCEIÇÃO, F. A. ; LEITE, M. M. J.; SILVA, M. F. da. Educação Continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2008: Jan/Mar. 3291:47-55 Disponível em: <www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/58/47a55.pdf> Acesso em mai 2014.

COSTA, E. S.; MORITA, I.; MARTINEZ, M. A. R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um

hospital universitário do Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(2):553-555, abr-jun, 2000.

ERNST E COLS (1984), apud FISCHER, F.M.; LIEBER, R.R.; BROWN, F.M. Trabalho em turnos e as relações com a saúde-doença. In MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

ESPIRITO SANTO, F. H.; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às Perspectivas Atuais sobre o Cuidado de Enfermagem: A Evolução de um Saber/Fazer. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, São Paulo, dez/2006; 10 (3): 539-46.

FERREIRA, L. L. Trabalho em turnos: temas para discussão. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, n. 58, v. 15, p. 27-32, abr./ mai. / jun. 1987.

FISCHER (2002) apud BORGES, F. N. S. **Trabalhadores de enfermagem: compreendendo condições de vida e trabalho e ritmos biológicos**. Tese (doutorado em saúde ambiental) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

FISCHER, F. M.; BERWERTH, A.; BRUNI, A. C.; MORENO, C. R. C.; FERNANDEZ, R. L.; RIVIELLO, C. A organização do trabalho em turnos e repercussões no sono de trabalhadores petroquímicos. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, n.78, v. 21, p. 33-47, abr./ mai./jun. 1993.

FISCHER, F.M.; LIEBER, R.R.; BROWN, F.M. Trabalho em turnos e as relações com a saúde-doença. In MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100). **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n2/0061.pdf>> Acesso em set 2016.

FRANÇA, J. N. R.; PILATTI, L. A. Gestão de qualidade de vida no trabalho (GQCT): modelos que os líderes e gestores podem utilizar para propiciar uma melhor qualidade de vida no trabalho. In: Simpósio de engenharia de produção, 11. 2004, Bauru. Disponível em < WWW.fsp.usp.br/rsp> Acesso em jun 2015.

FRIGOTTO, G.. Educação e trabalho: Bases para debater a educação profissional emancipadora. **Revista Perspectiva**, Florianópolis, v.19, n.1, p.71-87, jan./jun. 2001. Disponível em: < <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/8463>> Acesso em out 2016.

FREIRE, P. In: **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro, Paz e Terra. 31° Ed. 150 p. ilust. Rio de Janeiro, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. 2002. Disponível em: < http://www.apeoesp.org.br/sistema/ck/files/4-%20Freire_P_%20Pedagogia%20da%20autonomia.pdf> Acesso em dez 2015.

GONÇALVES, V. L. M.; LEITE, M. M. J.; PERES, H. H. C. **Educação continuada: Recrutamento e seleção, treinamento e avaliação de desempenho profissional.** In: Kurcgant P, Organizadora. Gerenciamento em enfermagem. 2º Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2012. Cap. P.137-53

GRANDI, M.T. OPAS. Tradução do artigo “La transferencia de tecnologia apropiada al pequeño agricultor” de Bordenave, J.E.D. Brasília 1983. Disponível em:< https://www.ufpe.br/medicina/images/Textos_recomendados/alguns_fatores_pedagogicos.pdf> Acessado em maio 2016.

GAIDZINSKI, R.R; FUGULIN, F.M.T; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. São Paulo (SP): Guanabara Koogan; 2005. p.125-37.

GRAMSCI (1984) apud OLIVEIRA, S. A qualidade de vida: uma perspectiva em saúde do trabalhador. Cad. **Saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.625-634, out.-dez. 1997. Disponível em HTTP://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000400006&script=sci_arttext&ting=en. Acessado em maio 2015.

HAAG, G. S. ; LOPES, M. J. M.; SCHUCK, J. S. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. 2. ed. Goiânia: AB, 2001.

JESUS, M.C.P.; FIGUEIREDO, M.A.G.; SANTOS, S.M.R.; AMARAL, A.M.M.; ROCHA,L.O.; THIOLENT,M.J.M. **Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário**. 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a28.pdf>> Acessado em out de 2016.

KLOCK, P. ; WECHI, J.i ; COMICHOLI, G. V.; MARTINS, J. J. ; ERDMANN, A. L. Reflexões sobre a Política Nacional de Humanização e suas Interfaces no Trabalho Enfermagem em da Instituição Hospitalar. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 5, n. 3, p. 398-46, set/dez 2006.

KNUTSSON (1989) apud FISCHER, F.M.; LIEBER, R.R.; BROWN, F.M. Trabalho em turnos e as relações com a saúde-doença. In MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

KROKOSCZ, D.V.C. Efeitos da alocação de pessoal e da carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidades de internação médico-cirúrgicas.[dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2007.

LACERDA, M- R.; MANTOVANI, M. de F.; PASCHOAL, A. S. A educação Permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), 2006 set.; 27 (3): 336-43.

LOPES, S. R. S.; PIOVESAN, E. T. A.; MELO, L. O.; PEREIRA, M. F. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde, 2007. Disponível

em:<www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2007Vol18_2art06potencialidades.pdf> Acesso em maio 2013.

MANZO, B. F. O Processo de Acreditação Hospitalar na Perspectiva de Profissionais de Saúde. **Revista Mineira de Enfermagem -Escola de Enfermagem da UFMG**, Belo Horizonte - abril/ 2009.

MARTINO, M. M. F. Padrões de sono em trabalhadores de enfermagem dos turnos diurno e noturno. **Rev. Panam. Salud. Publica.** 2002, 12(2), p. 95-100.

MARTINS, C. G. M.; MOTA, R. A.; VERÁS, R. M.. Papel dos Profissionais de Saúde na Política de Humanização Hospitalar. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago. 2006.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de saúde.2005. Disponível em:<<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>> Acesso em maio 2014.

MEIRA, M. M. **DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)**. 2007. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em: <http://neu.saude.sc.gov.br/arquivos/dissertacao_maira_melissa_meira.pdf> Acesso em maio 2015.

MELLO, I. M. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: Conhecimentos Básicos para estudantes e profissionais**. Versão definitiva, São Paulo, 2008. Pgs 47, 48.

MENDES, K. D. S.; GALVÃO, C. M. Transplante de Fígado: Evidências para o Cuidado de Enfermagem. Artigo de Revisão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, set-out / 2008; 16(5).

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev. esc. enferm.** USP [online]. 2010, vol.44, n.3, pp. 597-604. ISSN 0080-6234. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300007>>. Acesso em out 2015.

MOTTA, I. J.; BUSS, P.; NUNES, T.C. M. **Novos Desafios Educacionais para a Formação de Recursos Humanos em Saúde**. 2004. Disponível em: <www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_forma09.pdf>. Acesso em: 13 de nov. 2014.

NÉSPOLI, G.; RIBEIRO, V. M. B. Discursos que formam saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde. **Interface** (Botucatu) [online], 2011, vol.15, n.39, pp. 985-996. Epub Sep 02, 2011. ISSN 1414-3283. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000033>> Acesso em ago 2015.

NOVAES, H. M. O processo de Acreditação dos serviços de Saúde. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 9, n. 37 - Out/Dez, 2007.

OLIVEIRA, S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. *Cad. Saúde publ.* Rio de Janeiro, v. 13, nº 4, p. 625-634, out-dez. 1997.

OLIVEIRA, S. G. Humanização da assistência: um estudo de caso. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, Vol. 9, no. 35, Abr./Jun. 2007.

Disponível em:<

http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf > Acesso em mai 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Avaliação dos programas de saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional na saúde. Genebra; 1981.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências de saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17825.pdf>> Acesso em mai 2015.

QUICK; LAPERTOSA (1982) apud SILVA, D.M.P.P.da; MARZIALE, M.H.P. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Acta Scientiarum. Health Sciences**.

Maringá, v. 25, no. 2, p. 191-197, 2003. Disponível em:

<http://www.ppq.uem.br/Docs/ctf/Saude/2003_2/10_191_03_Doris%20Silva_Problemas%20de%20saude%20e%20Maria%20Marziale.pdf>. Acesso em jun 2015.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N-048.pdf> > Acesso em maio 2015.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], 2006, vol.14, n.6, pp. 837-842. ISSN 0104-1169. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000600002>> Acesso em mar. 2015.

RIOS, I. C. **Caminhos da Humanização na Saúde: Prática e reflexão**. Editora Áurea: São Paulo, 2009. Caps. I e XI.

RODGERS e RODGERS (1982) apud REGIS FILHO, G. I. **Síndrome de mal adaptação ao trabalho em turnos - uma abordagem ergonômica**. Dissertação (mestrado em engenharia da produção) - Área de Concentração Ergonomia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998. Disponível em < <http://www.eps.ufsc.br/disserta98/gilsee/cap3.htm>>. Acesso em jun 2015.

SALICIO, D. M. B.; GAIVA, M. A. M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**.

2006,8(3):370-6. Disponível em:<
http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm>. Acesso em maio 2015.

SATO (1999) apud LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Revista de ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n a, 2000. Disponível em WWW.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-1232000000100013> Acesso em ago 2015.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do Registro ao Indicador: Gestão da Produção de Informação Assistencial nos Hospitais. *Revista Ciências & Saúde, Coletiva*, Rio de Janeiro. 12(4): 935-944; 2007.

SERVO, M. L. S.; CORREA, V. S. **Supervisão e a educação permanente da força de trabalho em enfermagem**, 2006. Disponível em: <
file:///C:/Users/CLIENTE/Downloads/28-11-2006_19-26-28_ARTIGO%20FTC%20-lucia.pdf> Acesso em maio 2015.

SILVA, L. A. A.; FERAZ, F. ; LINO, M. M.; BACCKES, V. M. S.; SCHMIDT, S.M.S. **Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformador**. 2008. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000300021&lang=pt> Acesso em maio 2015.

SILVA, V.E.F.; MASSAROLLO, M.C.K.B. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 22, n. 5, set./out. 1998.

SILVA, W. V.; NAKATA, S. Comunicação: Uma Necessidade Percebida no Período Pré-Operatório de Pacientes Cirúrgicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, nov-dez / 2005; 58(6):673-6.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Vol. 1. 1133 p. ISBN 85-277-1057-9.

SMELTZER, S.C.; BARE, B. G. Homeostasia, estresse e Adaptação. In: Brunner & Suddarth: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

STERNBERG, ROSENTALL, SHAMISS et al. (1995) apud REGIS FILHO, G. I. **Síndrome de maladaptação ao trabalho em turnos - uma abordagem ergonômica**. Dissertação (mestrado em engenharia da produção) - Área de Concentração Ergonomia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998. Disponível em <<http://www.eps.ufsc.br/disserta98/qilsee/cap3.htm>>. Acesso em jun. 2015.

THOFEHRN, M. B.; TREVERSI, M.S.; MUNIZ, A.C.D.; DUARTE, A.C.; LEITE, M.P. O processo de enfermagem no cotidiano dos acadêmicos de enfermagem e enfermeiros, 1999. Disponível em:

<seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4222/2232> Acesso em maio 2015.

TREVISAN, E.M.B.M. **A dinâmica satisfação-sofrimento e a qualidade de vida no trabalho de uma equipe de saúde no atendimento à criança queimada.** Pós graduação. Universidade federal de Santa Catarina- Centro tecnológico. 2005. Disponível em <

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/102372/214154.pdf?sequence=1>> Acesso em set 2016.

WALDOW, V. R. Atualização do Cuidar. **Revista Aquichán**, Bogotá, vol.8 no.1- Jan/Jun 2008. Print ISSN 1657-5997.

WILHEIM; DÉAK (1970) apud GUIMARAES, L. A.; GRUBITS, S. **Saúde mental e trabalho.** V. a. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.