

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE MBA EM GESTÃO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO E
ORGANIZACIONAL**

KERLEY PEREIRA DA SILVA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NO HEMOCENTRO REGIONAL DE CRICIÚMA:
DIAGNÓSTICO DE UMA REALIDADE**

CRICIÚMA, 2014

KERLEY PEREIRA DA SILVA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NO HEMOCENTRO REGIONAL DE CRICIÚMA:
DIAGNÓSTICO DE UMA REALIDADE**

Pesquisa apresentado para obtenção do grau de especialização no curso de MBA em Desenvolvimento Humano e Organizacional da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador (a): Prof. (a) Dr. Ariane Thaise Frello

CRICIÚMA, 2014

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todas as pessoas que
De uma forma ou de outra contribuíram
Para a realização e conclusão deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai (in memoriam) que me guia e me acompanha por todos os meus caminhos.

A minha mãe e toda minha família pelo apoio e incentivo desde o início de minha vida acadêmica e pós-acadêmica.

As crianças da minha vida que me alegram e recarregam as energias todos os dias.

Ao meu amor por estar ao meu lado enfrentando todas as dificuldades e as minhas ausências.

Ao HEMOSC e meus colegas de trabalho que contribuíram para que a pesquisa fosse desenvolvida.

E a todos aqueles que de uma forma ou de outra contribuíram na conclusão de mais essa etapa da minha existência.

RESUMO

O presente estudo visa delinear a necessidade da implantação da educação permanente no Hemocentro Regional de Criciúma, utilizando como análise o conceito da equipe de enfermagem sobre o tema proposto. Sendo o objetivo principal, identificar a necessidade da educação permanente, apresentada pela equipe de enfermagem. Buscando compreender a importância desse processo, como também os benefícios com a implantação do mesmo, revelando assim, uma realidade mais ampla, proporcionando o privilégio de pensar como a educação está inserida na nossa sociedade e de que forma devemos trabalhar para garantir essa continuidade. Trata – se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, sendo utilizado questionário com perguntas abertas e fechadas, que será distribuído entre a equipe de enfermagem.

Palavra-chave: Educação permanente; educação em saúde; assistência de enfermagem.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quadro Comparativo entre EC e EPS.

Tabela 2 - Quadro Conceitos de Competências.

Tabela 3 – Competências para o Profissional.

Tabela 4 – Distribuição do Perfil dos Profissionais de acordo com o Sexo.

Tabela 5 - Distribuição do Perfil dos Profissionais de acordo com o estado civil.

Tabela 6 - Distribuição do Perfil dos Profissionais quanto a categoria profissional.

Tabela 7 - Distribuição do Perfil dos Profissionais quanto ao tempo de serviço.

Tabela 8 - Distribuição do Perfil dos Profissionais quanto a função que executam.

LISTA DE ABREVIATURAS

EC – Educação Continuada

EPS – Educação Permanente em Saúde

HEMOSC – Hemocentro Regional de Criciúma

OMS - Organização Mundial de Saúde

NOAS – Norma Operacional Atenção à Saúde

POP - Procedimento Operacional Padrão

POPS – Procedimento Operacional Padrão em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 PROBLEMA.....	10
1.2 OBJETIVOS.....	10
1.2.1 Objetivo Geral.....	10
1.2.2 Objetivo Específico.....	10
1.3 JUSTIFICATIVA.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	12
2.2 DIFERENÇA ENTRE EDUCAÇÃO CONTINUADA E PERMANENTE.....	14
2.3 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	21
2.4 QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	24
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	28
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	28
3.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	29
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	29
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	29
3.5 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO.....	30
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	30
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	31
3.9 CRONOGRAMA.....	31
3.10 ORÇAMENTO	32
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	33
4.1 PERFIL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HEMOSC.....	33
4.2 CONCEITO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	36
4.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	38
4.4 ASSUNTOS NECESSÁRIOS NA EDUCAÇÃO PERMANENTE DA INSTITUIÇÃO.....	40
4.5 NECESSIDADE DE APERFEIÇOAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM..	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICE.....	52

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo traz como proposta trabalhar a educação permanente como instrumento para a qualidade assistencial da equipe de enfermagem do Hemocentro Regional de Criciúma (HEMOSC), buscando compreender a importância desse processo, como também os benefícios com a implantação do mesmo, revelando assim, uma realidade mais ampla, nos dando o privilégio de pensar como a educação está inserida na nossa sociedade e de que forma vamos trabalhar para garantir essa continuidade.

Conforme SILVA (2003, p. 26) “o indivíduo como integrante saudável do grupo é capaz de detectar mudanças para si e procurar entender e colaborar para as mudanças do coletivo, sendo capaz de valorizar e utilizar o seu potencial em seu benefício próprio e comunitário”.

A enfermagem é dividida em categorias, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, sendo possível verificar a dificuldade na troca de conhecimento, visto que os profissionais exercem atividades diferentes, nesse sentido buscamos trazer a educação permanente para contribuir no trabalho da equipe.

Logo, para alcançarmos a qualidade na assistência prestada é necessário priorizar, identificando os fatores restritivos e facilitadores e a partir disso, trabalhar o crescimento dos profissionais.

Os conteúdos a serem trabalhados devem ser determinados a partir das dificuldades encontradas no dia a dia, garantindo assim, a qualidade e satisfação dos clientes.

Neste sentido, iremos a seguir, fundamentar a presente pesquisa apresentando conceitos de Educação em Saúde, contextualizar a Diferença entre Educação Continuada e Educação Permanente, Competências do Enfermeiro na Educação Permanente e Qualidade na Assistência de Enfermagem.

Em seguida, apresentaremos os Procedimentos Metodológicos, a Análise e Discussão dos Resultados, as Considerações Finais e as Referências.

1.1 PROBLEMA

No serviço de enfermagem do Hemocentro Regional de Criciúma podemos observar a dificuldade na troca de conhecimento, visto que dentro da instituição os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem executam atividades distintas, nesse sentido buscamos trazer ideias que contribuam para o trabalho em equipe. Desta forma surge a questão norteadora: Qual a necessidade de educação permanente, apresentada pela equipe de enfermagem do Hemocentro Regional de Criciúma?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar a necessidade de educação permanente, apresentada pela equipe de enfermagem do Hemocentro Regional de Criciúma.

1.2.2 Objetivo Específico

- Traçar o perfil da equipe de enfermagem do Hemocentro Regional de Criciúma;
- Avaliar no Hemocentro Regional de Criciúma como é realizado a educação permanente com a equipe de enfermagem;
- Identificar o conhecimento da equipe sobre educação permanente.

1.3 JUSTIFICATIVA

O interesse pela temática surgiu pela prática diária no Hemocentro Regional de Criciúma, verificando através das necessidades expostas pelos colaboradores, que seria importante implantar a educação permanente como prática institucional, para promover a melhoria contínua através da troca de informação e renovação de conhecimento.

A razão deste estudo é a necessidade de implantação da educação permanente no Hemocentro Regional de Criciúma, tendo como grande desafio a adesão do grupo e a continuidade do processo. Neste sentido, pretendemos contribuir para o desenvolvimento da prática da educação permanente fazendo com

que a equipe se sinta motivada para buscar se aperfeiçoar continuamente. Visto que, a educação permanente se utiliza do processo ensino aprendizagem a fim de buscar a melhoria da qualidade de assistência prestada a toda população, o que acarreta em benefícios para toda a comunidade atendida pelo Hemocentro Regional de Criciúma.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

De acordo com MARIOTTI (1995), a educação é um processo de mobilização de potenciais humanos, e não uma simples imposição de conceitos vindos de fora, embora essa dimensão não deva ser subestimada.

Para Freire (1996, p. 47) “Educação exige uma coparticipação no ato de compreender a significação do significado, pois ela é comunicação, diálogo, na medida em que não é transferência de saber”.

Segundo Cardoso de Melo (2007), para se compreender as concepções de educação em saúde é necessário buscar entender as concepções de educação, saúde e sociedade a elas subjacentes.

Segundo Freire (1996), a educação funciona como um elo na libertação dos homens, proporcionando a construção da autonomia coletiva, não como uma alavanca que transforma a realidade por si mesma, mas se constitui num instrumento de ação crítica e criativa.

Para Schall e Struchiner (2009) uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção do homem.

De acordo com Oliveira apud Souza (2005) a educação em saúde de acordo com o modelo tradicional podendo ser chamado também de preventiva, segue os pressupostos da antiga saúde pública. Este modelo evidencia e objetiva a prevenção de enfermidades centrando sua abordagem na mudança individual, seguindo o foco embasado nos princípios da ideologia do individualismo e do behaviorismo.

Conforme Paschoal, Montavani e Lacerda (2006):

A educação dos profissionais de enfermagem necessita de maior atenção uma vez que existe a necessidade de prepará-los para as mudanças globais e no ambiente de trabalho, procurando conciliar a real necessidade de desenvolvimento pessoal e da equipe com as da instituição e as da sociedade.

Para Schall e Struchiner (2009) “a educação em saúde é um campo

multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade”.

Ao conceito de educação em saúde se sobrepõe o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (auto realização pessoal e afetiva) e sócio ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza). Entretanto, a par dessa noção ampliada de saúde, observando-se a prática, verifica-se que atualmente persistem diversos modelos ou diferentes paradigmas de educação em saúde, os quais condicionam diferentes práticas, muitas das quais reducionistas, o que requer questionamentos e o alcance de perspectivas mais integradas e participativas. (SCHALL, STRUCHINER, 2009)

De acordo com Costa & Lopes (1996) apud Correia (2012) a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Conforme o autor trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Pereira (2003) ressalta que educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde e sua promoção, não entendida somente como transmissão de conteúdos, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida, ou seja, educação em saúde nada mais é que o pleno exercício de construção da cidadania.

Vasconcelos (1989; 1999) destaca os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. A consideração do autor se justifica pela particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais.

Para Mendes (1996), os serviços de atenção básica precisam se apropriar

de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais é possível reconhecer a educação em saúde.

Dessa maneira, o Ministério da saúde desenvolve políticas voltadas à educação, formação e qualificação dos trabalhadores da saúde, com objetivo de alcançar o desenvolvimento nos sistemas de saúde. Neste sentido, a Portaria/ MS número 1996 de 20 de agosto de 2007, foi criada com objetivo de fornecer a adequada base normativa para a organização dos processos de gestão da educação em saúde nas diferentes esferas da gestão (BRASIL, 2007).

2.2 DIFERENÇA ENTRE EDUCAÇÃO CONTINUADA E PERMANENTE

A educação continuada e educação permanente são importantes ferramentas para a atualização e aprimoramento profissional, servindo como estratégias que contribuem para o desenvolvimento do trabalho, entretanto existe uma grande diferença entre elas.

Para FARAH 2003, a educação continuada torna-se uma complementação da formação dos profissionais, auxiliando a se aproximarem da realidade social e oferecendo subsídios para que possam entender e atender as necessidades de saúde da população, contribuindo para organização dos serviços com as mudanças necessárias.

De acordo com Ceccim (2004):

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e se coloca em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino.

Mancia, Cabral e Koerich (2004), ao problematizarem a educação permanente no contexto da saúde, afirmam que a crítica da prática de formação pouco relacionada ao contexto do trabalho se evidencia com os Programas de Educação Continuada, caracterizados como treinamentos voltados à reciclagem do conhecimento.

A Educação Continuada parte de uma lista de demandas individuais por treinamento, resultantes da avaliação de cada um sobre o que lhe falta ou deseja conhecer e que, muito frequentemente, orienta as iniciativas de capacitação [...] Em outras palavras, a atualização é útil, mas não necessariamente tem o potencial de transformar as práticas nos serviços (MOTTA *apud* MANCIA, CABRAL E KOERICH, 2004, p. 606).

A educação permanente em saúde tem a finalidade de garantir a boa qualidade da assistência prestada, sendo uma forma de difundir o conhecimento.

Para Farah (2003) a educação permanente é um processo educativo de trabalho que visa o conhecimento coletivo e não depende exclusivamente de um saber individual. Ela implica na busca de soluções através de discussões e análises conjuntas e participativas dos problemas evidenciados pela equipe.

A educação permanente em saúde vem sendo apontada como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a formação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde e instituições formadoras (BRASIL, 2004).

A educação permanente trabalha com a importância da qualidade assistencial, trazendo em si a especificação de cada instituição, se fazendo única em cada cenário.

De acordo com TANNUERE (2011, p. 278) “a educação permanente deve ser um processo que busca a qualificação dos trabalhadores não só na dimensão técnica especializada, mas também na dimensão ético-político, comunicacional e de inter-relação pessoais”.

Desse modo, conforme Paschoal (2004):

A educação permanente surge como uma exigência na formação do sujeito, pois requer dele novas formas de encarar o conhecimento. Atualmente, não basta apenas ‘saber’ ou ‘fazer’, é preciso ‘saber fazer’, interagindo e intervindo, então, a formação deve ser caracterizada pela autonomia, pela capacidade de aprender constantemente, de relacionar a teoria com a prática e vice-versa.

Segundo Mendonça (2008) a política de Educação Permanente em Saúde é uma entre outras estratégias contra hegemônicas e a discussão em torno do que atualmente chamamos de EPS é algo que vem ocorrendo há algum tempo.

Conforme Haddad; Roschke; Davini (1990), em 1985, grupos de trabalhadores latino-americanos abriram espaço em alguns países para a proposta

de EPS, a qual privilegia a aprendizagem no processo de trabalho.

A Organização Pan-americana de Saúde, com o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, produziu em 1990 um consolidado de documentos de diversas experiências latino-americanas sobre o assunto, objetivando intercâmbio e identificação das tendências na capacitação dos trabalhadores de saúde (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990).

De acordo com Ceccim (2005c), no Brasil, as primeiras articulações para a implantação da política de EPS ocorreram a partir da discussão pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde, da pactuação na comissão de Inter gestores, tripartite e legitimação na 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003. O autor acrescenta todas essas movimentações resultaram na publicação da portaria 198 GM/MS, que regulamenta a política nacional de EPS.

Para Brasil (204b, p. 5) “a política de EPS surgiu na intenção de promover mudanças na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área da saúde e para empreender um trabalho articulado entre as esferas de gestão, os serviços de saúde, as instituições de ensino e os órgãos de controle social”.

O conceito de Educação Permanente em Saúde trazido pela portaria nº. 198 GM/MS (BRASIL, 2004b, p.5) nos diz que: “A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”.

A Educação Permanente parte do pressuposto de que a transformação das práticas profissionais deve estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais em ação na rede de serviços, onde aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e trabalho. Baseado nesse pressuposto, os processos de formação dos trabalhadores da saúde não podem ser construídos isoladamente em níveis centrais, mas devem tomar como referência às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, envolvendo os diversos segmentos e atores. O objetivo é estruturar as práticas profissionais a partir da problematização do próprio processo de organização do trabalho, a partir de seu cotidiano, considerando os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm, com o intuito final de prestar serviços relevantes e de qualidade (BRASIL, 2004 apud GIRELLI, 2007, p. 17).

Dessa maneira Brasil (2005e) propõe que o conhecimento seja construído a partir das experiências dos trabalhadores e da realidade local, contribuindo para superar a perspectiva biológica e para a manifestação das capacidades dos trabalhadores.

A portaria 198 GM/MS afirma ainda, que os processos de aprendizagem dos profissionais devem ser norteados pelas necessidades de saúde das pessoas, da gestão setorial e do controle social. Todas essas proposições têm como objetivo final:

[...] garantir uma atenção à saúde de qualidade, desenvolvendo a autonomia da população em relação a sua própria saúde, satisfazendo suas necessidades de saúde e de educação em saúde, fazendo com que ela seja capaz de exercer conscientemente a participação social das políticas públicas para o setor (BRASIL, 2005b, p. 25).

Para Mendonça (2008) “a EPS está baseada numa concepção pedagógica que reúne alguns elementos do construtivismo. O construtivismo se apoia na teoria científica de Emília Ferreiro, a qual vem conquistando um espaço importante na área da educação”.

De acordo com Rosa (2003) “O construtivismo não é uma técnica ou um novo método de ensino, mas uma nova concepção, um novo paradigma teórico de aprendizagem; nesse sentido, a metodologia fica a critério do educador”.

Conforme Tatagiba e Filártiga (2001):

Essa linha pedagógica se propõe a provocar revoluções no nível da subjetividade e fazer com que o sujeito participe ativamente de seu aprendizado, partindo das experiências que vive, conhece e domina. Busca estimular a dúvida, o raciocínio e a criação. O conhecimento é sempre resultado de um processo de construção, que se efetiva na interação entre o sujeito e o objeto.

Para Rosa (2003) e Freire (2002) “no construtivismo o aluno ocupa uma posição central. Isso, porém, não significa desprezar o papel do professor; afinal, cabe a este dirigir, definir os objetivos e controlar, sem imposição arbitrária, o desenvolvimento da ação pedagógica”.

De acordo com Ribeiro e Motta (2006) “partindo dessa concepção, a EPS trabalha com a problematização e aprendizagem significativa, ao contrário da Educação Continuada (EC), também exercida na área saúde, que está fundamentada na pedagogia tradicional de transmissão de conhecimento”.

O autor acrescenta “o objetivo da Educação Continuada é aprimorar a competência e atualizar o profissional de saúde para que ele seja capaz de desempenhar suas atribuições com responsabilidade”.

Para Brasil (2005f) “na EC, as ações educativas são elaboradas por pessoas que estão distantes dos problemas locais, dificultando sua capacidade de atender às necessidades de saúde da população”.

Ao privilegiar a direcionalidade técnica do trabalho nos processos educativos, a EC, enquanto estratégia de capacitação para os serviços de saúde reforça a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho, uma vez que focaliza a atuação de cada profissional em suas funções. Daí a necessidade de introduzir a EPS no ambiente de trabalho (RIBEIRO; MOTTA, 2006).

Almeida (1999a) apresenta um quadro que analisa as diferenças de alguns aspectos referentes à Educação Permanente em Saúde e à Educação Continuada.

ASPECTOS	EDUCAÇÃO CONTINUADA	EDUCAÇÃO PERMANENTE
Público Alvo	Uni profissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma.	Prática institucionalizada.
Enfoque	Temas de especialidades.	Problemas de saúde.
Objetivo principal	Atualização técnico- científica.	Transformações das práticas técnicas e sociais.
Metodologia	Pedagogia da transmissão (geralmente através de aulas, conferências, palestras; em locais diferentes dos ambientes de trabalho).	Pedagogia centrada na resolução de problemas (geralmente através da supervisão dialogada, oficinas de trabalho; efetuada nos mesmos ambientes de trabalho).
Resultados	Apropriação passiva do saber científico, aperfeiçoamento das práticas individuais.	Mudança institucional, apropriação ativa do saber científico, fortalecimento das ações em equipe.

FONTE: (ALMEIDA, 199a, apud MENDONÇA, 2008)

Tabela 1 – Quadro comparativo entre educação continuada e educação permanente em saúde.

Conforme Brasil (2005b) ao contrário da Educação Continuada, em que os conteúdos são definidos de forma descendente, a Educação Permanente em

Saúde opera no sentido ascendente, pois a partir da análise coletiva dos processos de trabalho são identificados os problemas e as necessidades de saúde.

De acordo com Luckesi (1994):

A Educação Permanente em Saúde trabalha com a problematização, mas enquanto teoria metodológica e não enquanto técnica. Pela ótica teórico-metodológica a problematização é utilizada sob uma perspectiva para abordar e conhecer a realidade, seja para produzir conhecimentos ou encaminhar ações.

Por outro lado, segundo Mendonça (2008), a ótica técnica-metodológica envolve a definição de procedimentos para atingir determinados objetivos. Apesar da distinção entre essas duas formas, compreende-se que a seleção de procedimentos para produzir conhecimentos ou ações não ocorre sem a influência de uma forma teórica de ver o mundo.

Para Brasil (2005b), a problematização envolve a reflexão, ou seja, pensar sobre determinadas situações e questioná-las de modo a compreender a maneira como os processos são desencadeados.

Vale ressaltar que tal reflexão, conforme Brasil (2005f) deve acontecer no coletivo, pois, neste sentido, se identificam com maior confiabilidade os problemas presentes num determinado local, além de estimular a participação de todos os sujeitos.

Nesse sentido, segundo Gireli (2007) “entende-se que os profissionais da saúde se comprometem com a libertação na medida em que buscam, juntamente como os outros indivíduos, refletir a situação vigente e experimentar ações alternativas que sirvam de resposta às necessidades percebidas”.

Para Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006): Problematizar a realidade é fundamental para despertar o desejo de mudança, pois faz emergir no sujeito a sensação de incômodo, a percepção de que sua prática não está sendo suficiente para dar conta dos desafios de seu trabalho, apesar da incerteza do caminho a ser trilhado. Segundo esses autores, o incômodo só pode ser despertado quando ele é percebido, vivido de forma intensa.

Os autores acrescentam “a vivência e a reflexão sobre as práticas de trabalho são os caminhos ideais para produzir insatisfações e disposição para elaborar alternativas que visem enfrentar os desafios”.

Neste sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), reforça a importância da problematização ao afirmar que a reflexão sobre a qualidade da atenção individual, coletiva e sobre a organização do sistema de saúde tem a possibilidade de reorganizar os processos formativos, transformando as práticas educativas e de assistência à saúde.

Para Ceccim (2005b), a experiência da problematização favorece o desenvolvimento de escutas, de práticas cuidadoras em que o sujeito é o centro e visto de forma integral. Com base nisso, o mesmo autor apresenta a problematização como uma necessidade para a mudança:

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e da qualidade, a equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde [...]. (CECCIM, 2005b, p.165).

De acordo com Mendonça (2008) “a Educação Permanente em Saúde valoriza e estimula a aprendizagem significativa, a qual busca promover e produzir sentidos”.

Para Ausubel (1982):

A aprendizagem significativa é um processo cuja nova informação tem um aspecto importante na estrutura de conhecimento do indivíduo. Ela ocorre quando o objeto de conhecimento possui familiaridades com proposições relevantes preexistentes na estrutura cognitiva do indivíduo, uma vez que sua essência se expressa na construção de relações entre aquilo que é apresentado ao sujeito e aquilo que ele já sabe. Aprendizagem significativa pode acontecer tanto por recepção - o conhecimento é apresentado em sua forma final para quem aprende - quanto por descoberta.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), a aprendizagem significativa visa responder a uma pergunta/inquietação, algo bem diferente da aprendizagem mecânica, na qual se retém o conhecimento.

Para Brasil (2005f) a aprendizagem significativa ocorre quando o sujeito se sente motivado, ou seja, tem o desejo de se apropriar de novos conhecimentos, e, quando os conhecimentos prévios do trabalhador sobre o contexto local são considerados.

De acordo com Mendonça (2008) “este tipo de aprendizagem propõe que a transformação das práticas dos profissionais esteja alicerçada na reflexão crítica sobre as práticas exercidas no trabalho”.

Brasil (2005b) acrescenta tanto a problematização quanto a aprendizagem significativa, devem ser exercidas no trabalho, isto é, devem ocorrer no cotidiano das pessoas e das organizações, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem.

2.3 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Atualmente, o mercado de trabalho está exigindo cada vez mais qualificação profissional, neste contexto a educação surge como instrumento de crescimento, fazendo com que o profissional busque novas habilidades, aperfeiçoando assim sua prática de trabalho.

Segundo Correia (2012) “na procura de reunir consenso na concepção de competência em enfermagem, vem sendo feita a discussão em torno do termo, sustentando que dado que a enfermagem requer uma complexa combinação de saberes, comportamentos, atitudes e desempenho, é necessário encontrar uma definição holística para o “ser competente” que reúna aceitação e seja operacionalizável”.

De acordo com Canário (2003:130), “a articulação entre a dimensão pessoal e profissional da formação, a dimensão social e coletiva do exercício do trabalho, a relação complexa entre saberes teórico e saberes construídos na ação constituem dimensões muitas vezes completamente ignoradas”.

Correia (2012) acrescenta:

E sendo a enfermagem uma profissão complexa, a mudança que tem ocorrido, tanto em nível da formação nos seus diferentes ciclos, como com a reestruturação dos serviços de saúde e suas inerentes implicações, parecem-nos que se mantem com pertinência o desafio e necessidade de questionar e estudar sobre os fatores influentes nestes processos com vista a melhor compreender a interação práticas/formação e formação/práticas.

Cowan, Norman e Coopamah (2005) efetuaram uma revisão de literatura alargada, no intuito de trazer esclarecimento para a controvérsia. Tal como já Watson (2002) tinha feito notar a necessidade de se desenvolverem sérios esforços

no sentido de definir a competência e o modo da avaliação que se adequaria para ser utilizado na sua apreciação e conseqüentemente na avaliação do desempenho dos enfermeiros.

Para Correia (2012, p. 26):

O saber profissional de enfermagem, resulta pois de um processo de construção, assente numa prática implicada e refletida, que tem de ser centrada nas pessoas e nas suas necessidades de cuidados. A relação entre estes saberes e a construção de competências só pode desenvolver-se a partir do conhecimento de enfermagem, tendo por referência em nossa opinião, quatro modalidades-padrão de conhecimento, empírico, pessoal, estético e ético, proposto no modelo de Carper (1978), a que Fawcett et al, (2001) deram destaque e While (1995) propôs mais recentemente que se acrescente um quinto padrão, o conhecimento sociopolítico, relacionado com a vida em sociedade, do ponto de vista comunitário, económico e político com inerentes implicações culturais.

A autora acrescenta “decorre assim que a competência articula as diversas dimensões, fundamentada numa valorização da implicação subjetiva do conhecimento”.

O que de acordo com Ramos (2001) apud Correia (2012), possibilita que identifiquemos os significados conferidos à noção de competência, mesmo com variações e independentemente da forma como adquirem materialidade, se fundamentando numa concepção natural-funcionalista do homem e subjetivo-relativista do conhecimento, o que centra a atenção na atitude, no comportamento e nos saberes tácitos.

Conforme Correia (2012):

Pensamos que a competência está também associada a novas concepções de trabalho, baseadas na responsabilidade, flexibilidade e na reconversão permanente em que a polivalência é a mais-valia requerida e implica desenvolver autonomia, percebida também como a capacidade da pessoa assumir iniciativas, ir além das atividades prescritas, ser capaz de compreender e dominar novas situações no trabalho e ser reconhecida por isso.

No entanto, esse conceito vai ao encontro da abordagem de Zarifian (1994) apud Correia (2012) que refere que a competência pode ser sintetizada como capacidade para enfrentar as situações e acontecimentos no campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, orientadas no conhecimento, na prática e em coordenação com outros atores.

Ainda em acordo com Zarifian (2001) apud Correia (2012), o trabalho torna-se o prolongamento direto da competência pessoal que um indivíduo mobiliza diante de uma situação profissional concreta, sendo como o retorno do trabalho à competência do indivíduo que o exerce (Ceitil, 2006) apud Correia (2012).

A seguir no quadro 1 veremos o Conceito de competência defendido por diferentes autores, ao longo das três últimas décadas.

Autor e data	Conceito de Competência
McClelland (1973)	“Competência é uma característica pessoal relacionada com uma atuação superior na realização de uma tarefa numa determinada situação”.
Benner (1982)	A capacidade para desempenhar uma função ou tarefa, com o desejável resultado, nas diferentes circunstâncias da realidade.
Spencer e Spencer (1993)	Uma competência é uma característica intrínseca de um indivíduo que apresenta uma relação de causalidade com critérios de referência de efetiva e superior performance, numa dada atividade ou situação.
Alspach (1995)	A distinção entre competência e competente está em que este implica uma pessoa potencialmente habilitada ao desempenho e a competência dá ênfase a uma prática ou função específica.
Le Boterf (2005)	A competência tende a definir-se em termos de saber agir e reagir, ser competente é então “saber o que fazer” e “quando”. “A competência de um indivíduo resulta um movimento dinâmico entre a sua qualificação e a sua situação de trabalho, tendo em conta que o posto de trabalho por retorno modifica a sua competência”.
Boyatzis (2005)	A competência traduz-se como capacidade ou habilidade. É um conjunto de comportamentos, relacionados mas diferenciados, organizados em torno de um constructo subjacente, o qual chamamos de “intento”.

Fonte: CORREIA (2012)

Tabela 2 - Quadro Conceito de Competência

Zarifian (1994, 1996, 1998) apud Correia (2012), entretanto, tem desenvolvido a problemática das competências inserindo-a numa dimensão fundamentalmente social e coletiva do trabalho, em que para além dos aspetos da gestão de recursos humanos, dá relevo à organização do trabalho e do seu conteúdo. Assim, de acordo com o autor, as competências estão sempre em relação a um determinado domínio de atividade e a um determinado contexto com

características específicas e relações sociais próprias. Tem uma implicação e responsabilidade profissional, permitindo ao trabalhador ser mais ou menos competente no seu exercício laboral.

Componentes	Conteúdo do Componente da Competência
Saber agir	Saber o que e por que faz. Saber julgar, escolher, decidir.
Saber mobilizar recursos	Criar sinergia e mobilizar recursos e competências
Saber comunicar	Compreender, trabalhar, transmitir informações, conhecimentos.
Saber aprender	Trabalhar o conhecimento e a experiência, rever modelos mentais; saber desenvolver-se.
Saber envolver-se	Saber empreender, assumir riscos. Comprometer-se.
Saber assumir responsabilidades	Ser responsável, assumindo os riscos e consequências de suas ações e sendo por isso reconhecido.
Ter visão estratégica	Conhecer e entender o negócio da organização, o seu ambiente, identificando oportunidades e alternativas

Fonte: CORREIA (2012)

Tabela 3 - Quadro Competências para o Profissional (adaptado de Le Boterf, 2003)

Conforme NOAS (2001), uma das competências do enfermeiro é supervisionar e coordenar as ações para capacitação de sua equipe, com vistas ao desempenho de suas funções.

2.4 QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

De acordo com a resolução do COFEN 358/2009, ficou determinado que a Sistematização da Assistencial de Enfermagem, deve ser implantada em toda a instituição de saúde, seja pública ou privada, propondo estratégias para capacitação de enfermeiros, que torne possível a adoção na prática dessa nova metodologia científica.

Ainda segundo o COFEN 358/2009, cabe ao profissional de enfermagem permanecer em constante aperfeiçoamento, inovando o seu conhecimento, sendo necessária uma assistência individualizada e de qualidade, partindo desde a formação profissional e dando continuidade no processo mesmo depois de formado.

O enfermeiro atua como líder dentro da instituição, acompanhando e gerenciando a atividade de toda a sua equipe, devendo ser comprometido com seu trabalho e equipe, desenvolvendo habilidades e atitudes, fazendo

com que os profissionais da instituição aprendam e trabalhem com ética, competência e respeito. Conhecer os conceitos que caracterizam a assistência de enfermagem no escopo de cada uma dessas disciplinas é importante, pois a aquisição do conhecimento favorece a autonomia, ajuda a tomar decisões, favorece o raciocínio crítico, devendo, portanto ser objeto contínuo das práticas educativas na intensidade em que o diagnóstico apontar, ou seja, de acordo com as demandas que foram levantadas durante a sua realização (TANNURE,2011).

Segundo Santiago, Silva e Tonini (2001, p.241), “precisamos teorizar nossa prática, pensar, refletir nossas ações do/no cuidado e fundamentá-las. Por isso, a importância e a necessidade de envolver e sensibilizar cada vez mais os enfermeiros para a pesquisa como modo de estar sempre em permanente renovação”.

As atividades profissionais no campo da prática devem ser entendidas como eixo integrador para onde convergem os conteúdos teóricos e onde se concretizam as situações reais, havendo uma retroalimentação dinâmica.

De acordo com Pereira e Galperim (1995) os desafios do cotidiano, que geram tensão, impulsionam para a busca, a criatividade e a tomada de decisão no que tange ao alcance de soluções, em que as experiências anteriores servem de respaldo teórico-prático, esse processo retrata a reflexão-ação-reflexão que constitui a práxis profissional, por meio da interligação do pensar e do fazer.

Conforme Donabedian (1966) apud Correia (2012) a qualidade da atenção à saúde é difícil de ser definida e envolve alguns critérios, determinados em forma de juízos de valor, que podem ser aplicados a distintos aspectos, propriedades, componentes ou alcances desse tipo de atenção.

Segundo Donabedian (1984) apud Correia (2012) ao considerar o usuário como receptáculo do cuidado, a qualidade poderá ser considerada uma construção social, produzida a partir de referências dos sujeitos envolvidos, que atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos segundo uma hierarquia de preferências.

Conforme Correia (2012, p. 36):

Na primeira dimensão conceitual, a qualificação reporta-se a conceitos técnico-científicos específicos do trabalho, logo associa-se aos diplomas que atestam a habilitação para a função; na segunda, dimensão social, a relação é estabelecida entre o reconhecimento social da atividade e nomeadamente a nível de remuneração e de carreira e na terceira dimensão, a experimental, que se refere à execução do trabalho, envolvendo particularmente os saberes tácitos, para além do conjunto de

saberes cognitivos, axiológicos e a natureza do percurso pessoal construído.

De acordo com Nepomuceno (2008) desenvolver pessoas e melhorar a qualidade da assistência à saúde beneficia tanto os trabalhadores como os pacientes, considerando seus direitos como cidadãos contribuindo para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

A qualidade da assistência à saúde é definida como a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o usuário, benefícios estes que, por sua vez, definem-se em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes. A qualidade da assistência não é um atributo abstrato e, sim, que é construída pela avaliação assistencial abrangendo a análise da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados dos mesmos, estabelecendo um modelo avaliativo em saúde pautado em componentes de estrutura, de processo e de resultado. (DONABEDIAN, 1984-1985, apud Correia, 2012)

Para Perrenoud (2004) quando se refere à competência como uma orquestração de diversos recursos cognitivos e afetivos, que permitem estar capacitado para enfrentar um conjunto de situações complexas, articulando os saberes em contexto e com um agir eficaz.

Já Stenhouse (1980) citado por Medina (1999:276) apud Correia (2012) enfatiza que o entendimento é mais importante que as respostas de conduta e, portanto o “juízo de valoração” devia fazer parte do processo de aprendizagem, entendendo-se nesta perspectiva que os processos de desenvolvimento de competências de processo são diferentes das de produto, porque sempre podem ser suscetíveis de melhoria.

Abreu (2001, *VI Colóquio Nacional da AIPELF/AFIRSE*), no entanto, assinalava que o desenvolvimento de competências põe em campo uma diversidade de comportamentos profissionais e sociais, correspondentes a capacidades criativas relacionais e transformativas que implicam a globalidade do indivíduo: o seu comportamento, a sua personalidade, a sua identidade e a sua afetividade.

Para Tabari-Khomeiran et al. (2007) apud Correia (2012), entretanto, num projeto que desenvolveram relativo ao estudo de competências entre enfermeiros, de desenho descritivo e com recurso a análise de conteúdo, confirma que a competência profissional se desenvolve através de um processo interativo constante e complexo, que ocorre entre o enfermeiro e o meio circundante, para o qual

identificou cinco fatores: experiência, meio, oportunidades, motivação, conhecimento teórico e características pessoais.

Diante disso, conforme Turrini (2008), acreditamos que a satisfação do usuário é uma maneira de se avaliar a qualidade do serviço e do atendimento, cujas informações podem servir para analisar a estrutura oferecida, os processos executados e os resultados alcançados.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia utilizada é a que oportuniza o pesquisador no caminho para suas atividades, sendo uma estratégia de ação para pesquisa.

De acordo com MARTINS (2008, p. 80) “O procedimento metodológico corresponde ao estabelecimento das atividades práticas necessárias para a aquisição de dados com os quais se desenvolverão os raciocínios que resultarão em cada parte do trabalho final”.

3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo trata-se aos objetivos propostos, classificando assim como uma pesquisa descritiva com uma abordagem qualitativa, pois a mesma tem por objetivo descrever as características estruturais, procedimentos adotados e envolvidos no processo, relacionando com os indivíduos envolvidos no mesmo, permitindo assim ao investigador ampliar seu conhecimento sobre o tema abordado.

Conforme Leopardi (2001, p. 135):

A pesquisa qualitativa é aquela quando o interesse não está focalizado em contar o número de vezes em que uma variável aparece, mas sim, que qualidade elas apresentam. Com esse tipo de pesquisa, tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos.

A pesquisa qualitativa busca entender os fenômenos específicos, trabalhando com descrição e interpretações ao invés de estatísticas, regras e outras generalizações.

O presente estudo apresenta caráter descritivo devido à intenção de descrever fatos ou fenômenos de uma determinada realidade (MARCONI e LAKATOS, 2005).

Segundo Vianna (2001) a pesquisa qualitativa analisa cada situação a partir de dados descritivos, buscando identificar relações, causas, efeitos consequências, opiniões, significados, categorias e outros aspectos considerados necessários à compreensão da realidade estudada e que, geralmente, envolve múltiplos aspectos.

3.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A metodologia tem como objetivo delinear as ações desenvolvidas na trajetória do trabalho de pesquisa, a pesquisa foi realizada com a equipe de enfermagem do Hemocentro Regional de Criciúma, onde foram identificados os processos para implantação da educação permanente.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Participaram da pesquisa 17 profissionais que compõem a equipe de enfermagem do HEMOSC, sendo estes enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Sendo que o critério para inclusão na pesquisa o fato do profissional ser enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, que trabalhem no Hemocentro Regional de Criciúma (HEMOSC) e que aceitem a responder ao questionário proposto. Foram excluídos os profissionais ausentes no momento da coleta de dados por motivo de afastamento.

3.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Para a presente pesquisa foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas.

Conforme LEOPARDI, 2002, p. 181, “Todo questionário deve ter natureza impessoal, para assegurar uniformidade na avaliação de uma situação para outra. Possui a vantagem de os respondentes sentirem-se mais confiantes, dado o anonimato, o que possibilita coletar informações e respostas mais reais (o que pode não acontecer na entrevista)”.

O primeiro contato com o grupo foi realizado através de uma apresentação do projeto de pesquisa e convite para participação do mesmo, os questionários foram entregues individualmente em local reservado, após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Segue no apêndice modelo de instrumento que foi utilizado na pesquisa.

3.5 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O Hemocentro Regional de Criciúma (HEMOSC) é uma instituição pública que coleta, processa, qualifica e distribui hemocomponentes com segurança para, 39 municípios do sul de Santa Catarina, atendendo uma população de 780.000 pessoas, conta com 28 hospitais e clínicas conveniadas.

O HEMOSC foi criado em 1994, como parte da ação do Hemocentro Coordenador e da secretaria de saúde de Santa Catarina visando à interiorização das atividades, atendendo dessa forma, a todas as regiões do estado, suprimindo as necessidades nas áreas de hematologia e hemoterapia.

Um dos principais objetivos do HEMOSC é alertar a população para a importância da doação voluntária de sangue.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, se 3% a 4% da população fosse doadora de sangue não haveria problemas de falta de sangue.

Neste sentido, segundo dados do Ministério da Saúde pouco mais de 1% da população brasileira é doadora de sangue.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta de dados, foi realizada a leitura e a análise dos dados coletados. Em seguida, as informações foram agrupadas, identificadas, consolidadas e discutidas, utilizando como apoio o referencial teórico.

Conforme Minayo e Col (2007) “a análise de conteúdo é definida como uma técnica de tratamento de dados de pesquisa voltada para uma descrição objetiva, sistemática do conteúdo de comunicações”. Desta forma, buscamos a interpretação de materiais de caráter quantitativo.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa respeita a resolução 466\ 2012 Brasil 2012, Conforme o trabalho proposto, a identidade dos sujeitos de estudo será inteiramente preservada.

Todos os resultados obtidos ficarão armazenados em arquivos eletrônicos sob responsabilidade dos autores da pesquisa por um período de cinco anos após a data do início da pesquisa, após este período os arquivos serão destruídos.

Cada participante terá que aceitar participar voluntariamente da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Anexo B), sendo que a qualquer momento o indivíduo poderá entrar em contato com o pesquisador, solicitando sua saída da pesquisa.

3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os procedimentos utilizados nesse estudo podem causar risco se houver o vazamento das informações contidas nos formulários ou roubo do mesmo, como também se houver exposição dessas informações, de forma que possam ser identificados os participantes da pesquisa, como também em caso de roubo ou acesso ao computador que armazena essas informações.

Para evitar esses riscos os formulários serão armazenados em gaveta com chave onde somente o pesquisador terá acesso e o computador que armazena essas informações possui senha de acesso e antivírus atualizado contra invasão de hackers.

O trabalho traz benefício aos próprios indivíduos da pesquisa por estar participando de um processo educativo que propiciam uma melhora na qualificação profissional e em nas suas atividades prestadas dentro da instituição, trazendo além de motivação, integração com o grupo, como também será possível detectar onde ocorre a maior defasagem quanto ao conceito do tema proposto. Dentro da instituição será um momento de integração do grupo e desenvolvendo o trabalho em equipe. Diante do exposto solicito ao comitê de ética e pesquisa a liberação do TCLE

3.9 Cronograma

	01/11/13 a 30/11/13	01/12/13 a 31/12/13	01/01/14 a 31/01/14	01/02/14 a 28/02/14	01/03/14 a 31/03/14	01/04/14 a 30/04/14	01/05/14 a 31/05/14	01/06/14 a 30/06/14	01/07/14 a 31/07/14
Atividades									
Revisão do Projeto	X								
Leitura exploratória	X								
Leitura Seletiva		X							
Redação			X						
Elaboração dos				X					

instrumentos de pesquisa									
Coleta/seleção dos dados								X	
Tabulação dos dados coletados								X	
Análise e interpretação								X	
Redação final									X
Encadernação e entrega									X

3.10 ORÇAMENTO – Material de consumo e permanente

Nº ORDEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	R\$ UNITÁRIO	R\$ TOTAL
1	Caneta	03	4,00	12,00
2	CD	02	3,00	6,00
3	Folhas A4	500	0,15	75,00
4	Impressão	350	0,15	52,50
TOTAL				145,50

Todas as despesas são de responsabilidade da pesquisadora.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após minuciosa análise e discussão dos resultados do presente estudo, a seguir iremos descrevê-los abaixo.

Nos dias 17 e 18 do mês de abril de 2014, nos períodos matutino e vespertino e noturno, foi realizada a coleta de dados para a produção da pesquisa.

A amostragem obtida envolveu 17 profissionais de Enfermagem, entre Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros, todos atuando no Hemocentro do município de Criciúma.

Os questionários foram entregues aos participantes, tendo sido respondidos mediante prévia assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Após leitura atenta dos questionários respondidos pela equipe de enfermagem, participante da pesquisa, os dados foram comparados com obras e trabalhos científicos focados em temas semelhantes, resultando no relato e na discussão acadêmica a seguir.

4.1 PERFIL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HEMOCENTRO REGIONAL DE CRICIÚMA

Nos questionários, foi possível analisar o perfil dos profissionais entrevistados, obtendo-se dos mesmos dados como o gênero, a idade, a formação e o tempo de formação, função no hemocentro, setor em que trabalha e tempo de trabalho.

Dentre os dados obtidos, destacamos, em primeiro lugar, em relação ao gênero dos participantes, o fato de que as mulheres estão em maior número sendo 94,2% (n=16) enquanto apenas 5,8% (n=1) pertencem ao sexo masculino. Quanto ao estado civil levantou-se que 64,8% (n=11) dos participantes são casados, 23,6% (n=4) são solteiros, 5,8% (n=1) são viúvos e 5,8% (n=1) divorciados.

Tabela 4: Distribuição do perfil dos profissionais de acordo com o sexo

Sexo	f	%
Masculino	16	94,2
Feminino	1	5,8

Fonte: Dados coletados pelo autor, 2014.

f: frequência absoluta; f% frequência relativa.

Tabela 5: Distribuição do perfil dos profissionais de acordo com o estado civil.

Estado civil	F	%
Casados	11	64,8
Solteiros	04	23,6
Viúvo (a)	1	5,8
Divorciados	1	5,8

Fonte: Dados coletados pelo autor, 2014.

f: frequência absoluta; f% frequência relativa.

Tal constatação condiz com o observado na enfermagem, diante do notório número majoritário de mulheres atuando nesta área. Segundo Martins et al (2006), existem relatos, na literatura, dando conta de que há a predominância do sexo feminino entre os profissionais de Enfermagem. Além disso, considera-se ser um traço estrutural das atividades do setor de saúde, a preponderância da força do trabalho feminino nas atividades que envolvem o trato e o cuidado com as pessoas.

Como resultados evidenciou-se que a categoria profissional prevalente é composta por técnicos de enfermagem num total de 76,5 % (n=13), seguido por 17,7% (n=3) enfermeiros e a menor categoria foi composta por 5,8 % (n= 1) auxiliares de enfermagem. A função em que foram contratados coincide com a formação dos participantes da pesquisa.

Tabela 6: Distribuição do perfil dos profissionais quanto a Categoria Profissional.

Categoria Profissional	f	%
Enfermeiros	3	17,7
Técnico em enfermagem	13	76,5
Auxiliar de Enfermagem	1	5,8

Fonte: Dados coletados pelo autor, 2014.

f: frequência absoluta; f% frequência relativa.

Segundo dados de 2013 do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN/SC), dos 46.143 profissionais que atuam no Estado, 59,76% são

técnicos, 22,05% são enfermeiros e 18,19% são auxiliares de enfermagem. Dentre os entrevistados da pesquisa, ressaltamos que, havia apenas 1 (um) auxiliar de enfermagem.

Os dados fornecidos pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), de 2011, não são muito diferentes dos números de Santa Catarina. Dos profissionais de enfermagem cadastrados no COFEN naquele ano, os enfermeiros correspondiam a 346.968, ou 18,69%, os técnicos em enfermagem eram 750.205, ou 40,41% do total, os demais eram auxiliares em enfermagem e parteiras (COREN, 2014).

Ao analisar os resultados relativos o tempo de atuação no hemocentro observou-se que 64,7% (n=11) possuem mais de um ano de trabalho, 29,5% (n=5) menos de um ano e 5,8% (n=1) exato um ano de experiência profissional na instituição pesquisada.

Tabela 7: Distribuição do perfil dos profissionais quanto ao tempo de serviço.

Tempo de Serviço	f	&
Mais de um ano	11	64,7
Um ano	1	5,8
Menos de um ano	5	29,5

Fonte: Dados coletados pelo autor, 2014.

f: frequência absoluta; f% frequência relativa.

O setor em que os profissionais de enfermagem realizam suas funções variou: Coleta (47,1% n=8), Processamento (23,5% n=4), Ambulatório (11,8% n=2), Imunohematologia (11,8% n=2) e Recursos Humanos (5,8% n=1).

Tabela 8: Distribuição do perfil dos profissionais quanto a função que executam.

Função	f	&
Coleta	8	47,8
Processamento	4	23,5
Ambulatório	2	11,8
Imunohematologia	2	11,8
Recursos Humanos	1	5,8

Fonte: Dados coletados pelo autor, 2014.

f: frequência absoluta; f% frequência relativa.

É importante destacar que a aquisição de experiência pela equipe de enfermagem é de suma importância. Para Coimbra et al (2005), a experiência profissional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço são fatores que estimulam os profissionais a permanecer em uma organização, devendo haver por parte da instituição uma proposta de trabalho visando à satisfação individual dos profissionais colaboradores.

4.2 CONCEITO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Os participantes da pesquisa foram indagados: Qual o seu conceito sobre educação permanente? Dos 12 técnicos de enfermagem, 10 conceituaram educação permanente como um momento de aprendizado, como exemplificado nas falas abaixo:

“É estar sempre aprendendo, se atualizando sobre os assuntos ligados à profissão e ao setor que é destinado” T7.

“É sempre bom se aperfeiçoar e em uma educação permanente que a instituição vai garantir a qualidade contínua do seu serviço prestado” T10.

“É o desenvolvimento de educação para os profissionais de enfermagem independentemente do seu setor de trabalho a fim de aprimorar o conhecimento e troca de informações entre os mesmos, para oferecer ao cliente um atendimento com qualidade e profissionalismo” T12.

Nepomuceno e Kurcgant (2007) afirmam que a qualificação dos profissionais de enfermagem deve estar voltada para o desenvolvimento do trabalhador de forma integral conforme as necessidades encontradas em uma realidade de trabalho específica.

Já dois dos técnicos de enfermagem relacionaram educação permanente com palestras em serviço:

“É quando você é treinada para uma função e continua com palestras, treinamentos mesmo que já tenha conhecimento” T2.

“Na minha opinião está sempre reunindo os colaboradores para palestras de educação no trabalho, relações humanas e interpessoais, educação nos relacionamentos e conscientização em geral” T5.

A educação continuada é um meio de complementação da formação dos profissionais de enfermagem que pode ocorrer através de palestras, congressos, treinamentos, eventos, e capacitações, com o propósito de proporcionar a real necessidade do indivíduo oferecendo desenvolvimento conhecimento científicos e habilidades técnicas, possibilitando a transformação de atitudes do profissional (MONTANHA, 2008).

Os dois auxiliares de enfermagem identificaram a Educação Permanente como uma possibilidade de ampliar conhecimentos e necessário nas instituições:

“Necessário em todas as empresas” A1.

“É a educação durante toda a vida, que precisa ser realizada de forma contínua para aquisição e ampliação dos conhecimentos, quebra de paradigmas e redescoberta para se relacionar com as mudanças no mundo” A2.

A educação é um processo permanente, que busca alternativa e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades. Ela deve ser entendida como um fator que influenciará no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes nos serviços, para que os profissionais possam enfrentar a realidade, através da complementação e/ou aquisição de novos conhecimentos. Todo processo educativo não tem um fim em si mesmo. Ele é um processo inacabado, sendo necessário retroalimentá-lo continuamente pela dinâmica do setor saúde (FARAH, 2003).

As três enfermeiras participantes, definiram a educação permanente como um momento de discussão de temas diários, para novas aprendizagens, atualização e reciclagem das funções desenvolvidas, conforme respostas destacadas abaixo:

“Acho que deve servir para discutir temas do dia-a-dia que ainda possam estar com dúvidas, divergências, etc. ou para novas aprendizagens” E1.

“Devemos sempre nos reciclar para desenvolvermos nossas funções de forma correta” E2.

“É aprendizagem contínua que conduz a prática, é a atualização, melhoria no processo de trabalho que conduz ao crescimento profissional e a qualidade na assistência prestada” E3.

Muitas vezes, a formação dos sujeitos para transformação do conhecimento no trabalho, pois está centrada no fazer e não numa preocupação formal com a atualização técnico-científica. Ao serem questionadas sobre a compreensão acerca da educação permanente, notamos que as enfermeiras possuíam um conhecimento hermético, intrincado em suas concepções, relacionando-as quase que exclusivamente a cursos e treinamentos técnicos oferecidos à equipe.

De acordo com Lazzari, Schimidt e Jung (2012) “acredita-se que o enfermeiro necessite compreender os propósitos de cada modelo de educação, a fim de contribuir na busca contínua pelo conhecimento, oferecendo melhores condições de aprendizagem para a equipe de enfermagem, com conseqüentes melhorias para os serviços de saúde”.

4.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE NA INSTITUIÇÃO

A equipe de enfermagem estudada foi questionada quanto à existência de educação permanente na instituição, sendo analisado dentre os 17 participantes, 64,7% (n=11) responderam sim e 35,3% (n=6) assinalaram não. Dentre os que percebem a realização de ações relacionadas a educação permanente no Hemocentro estudado, mencionaram que ocorre em forma de palestras, cursos, ações educativas. Conforme exemplificado nas falas:

“Cursos, treinamentos” E2.

“Ele acontece através de seminários, palestras educativas ou cursos” E1.

“Palestras, reuniões” T8.

“Ações educativas durante o processo de trabalho de maneira informal, atualizar, aprimorar e adquirir conhecimento através de cursos, pós – graduação” E3.

A partir da análise das falas é possível identificar que os profissionais reconhecem a importância da educação permanente e sua influência na assistência aos pacientes. É importante ressaltar que a educação permanente é uma necessidade dos profissionais de saúde nos dias de hoje, ela otimiza a atuação,

supre as dificuldades, proporciona segurança e desenvolve a capacidade profissional.

Conforme Paschoal, Mantovani e Méier (2007) a educação consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, a fim de promover, além da capacitação técnica específica dos sujeitos, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes, buscando a transformação pessoal, profissional e social.

A educação permanente vem influenciar o processo de reflexão e de adaptação das práticas vigentes nos serviços para que os profissionais de enfermagem possam enfrentar a realidade, contemplados a aquisição de novos conhecimentos (FARAH, 2003).

Percebe-se que alguns participantes relacionam educação permanente com normas e rotinas dos setores:

“Palestras, treinamentos fora da cidade, mudanças no Procedimento Operacional Padrão” T5.

“Palestras, cursos, reuniões, Procedimento Operacional Padrão (POP)” A1.

“Acho que sim, pois temos os POPs para ler, tirar dúvidas com o bioquímico e ele sempre explica tudo de uma forma clara e também mostra a forma correta de como deve ser feito” T1.

Evidencia-se que a instituição deve buscar oferecer a seus funcionários conhecimentos para uma atuação eficaz e específica, incentivando o trabalhador a relacionar a teoria à prática visando diminuir a ocorrência de falhas e aperfeiçoar a qualidade a assistência.

As estruturas de educação existentes nas instituições devem criar espaços de discussão propor estratégias e alocar recursos, possibilitando que os trabalhadores dominem as situações, a tecnologia e os saberes do seu tempo e de seu ambiente, para possibilitar o pensar e a busca de soluções criativas para os problemas (PASCHOAL, MANTOVANI e MÉIER, 2007).

Segundo Davim, Torres e Santos (1999) o fator mais influente na aprendizagem e nas mudanças, é a prática constante do dia a dia e o conhecimento atualizado acrescido da especialização que proporciona ao funcionário necessidades de adaptação, reorientação e organização em suas atividades.

4.4 ASSUNTOS NECESSÁRIOS NA EDUCAÇÃO PERMANENTE DA INSTITUIÇÃO

Ao responderem a questão: Quais assuntos deveriam ser abordados nas ações de educação permanente da instituição? Os participantes indicaram temas relacionados ao atendimento aos clientes, motivação, hemoterapia, entre outros, como expressam as falas:

“Qualidade no atendimento ao Cliente, Atendimento em reações adversas, prontuário eletrônico, oficina para integração e motivação” E3.

“Atendimento em geral, atualização de novas técnicas de enfermagem em geral, riscos transfusionais, reações de doadores” T12.

“Todos os temas relacionados com hemoterapia só tem a acrescentar. O processo de gestão da informação na área da hemoterapia, como Hemodoc e Hemoprod que são sistemas criados que muitos não sabem que existem. A importância do doador de aferese e cuidados transfusionais que somos sempre questionados pelos hospitais, onde sempre surgem dúvidas que eles entram em contato conosco pra esclarecê-los” T4.

“Palestras e cursos referentes a hemoterapia, hemocomponentes, saúde, ao nosso cotidiano” T3.

“Acho que devia acontecer troca de ideias e conhecimentos entre as equipes, para que possa emergir assuntos e problemáticas dentro das necessidades vivenciadas na prática diária. E assim dar ênfase nas práticas específicas com novos conhecimentos teóricos e práticos” A2.

A capacitação representa, para o profissional, o domínio de conhecimentos específicos que resultam de formação, treinamento, orientação, experiência para que possam exercer determinada função. Quanto mais e melhor o profissional for capacitado e orientado, maior será a probabilidade de ser competentes no exercício de suas funções (MARTINS et al., 2006).

Além disso, como em qualquer profissão, a experiência adquirida na prática é essencial para complementar o processo de capacitação, e a constante busca de novos conhecimentos é determinante para o progresso e a atualização.

Segundo Tavares (2006), é grande a necessidade de se desencadear processos permanentes de capacitação de trabalhadores de enfermagem, já que o aperfeiçoamento do trabalho de enfermagem é essencial para a melhoria da prestação dos serviços de saúde.

De acordo com o mesmo autor a educação permanente é compreendida como um processo educativo contínuo, de revitalização, de superação pessoal e profissional, tanto individual quanto coletivamente, com objetivo de qualificação, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos.

4.5 NECESSIDADE DE APERFEIÇOAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Os participantes da pesquisa diante da pergunta: Você sente necessidade de aperfeiçoamento em alguma atividade que você executa? Tiveram resposta afirmativa em 94,4% (n=16) dos casos e negativa em 5,8% (n=1). Dentre os temas abordados nas falas destaca-se reações transfusionais, sistematização da assistência em enfermagem e outros exemplificados nas falas:

“Atualização sobre ato transfusional, atendimento em situações emergenciais, Sistematização da Assistência em Enfermagem – SAE e atualização no atendimento em hematologia e hemoterapia” E3.

“Devemos estar sempre em constante aperfeiçoamento para evolução pessoal e no trabalho também” A1.

“Todo aperfeiçoamento é bem-vindo e bem aproveitado. Assim seremos profissionais cada vez mais competentes e melhores” T9.

“Tudo o que realizamos é bom e importante rever sempre. Sinto dificuldade em explicar aos doadores quando me questionam sobre coisas do processamento e acho que isso também é educação continuada, pois não é nossa função e não temos conhecimento para explicar com clareza. É importante também conhecermos mais sobre a doação de medula óssea, pois os doadores questionam bastante sobre esse assunto” T7.

Conforme Silva, Conceição e Leite (2008):

O processo educativo dos profissionais no seu ambiente de trabalho deve levar em consideração a experiência adquirida por esses profissionais em sua vida diária, sendo que cada um já vem com um conhecimento específico. O profissional precisa integrar-se e adaptar as suas características pessoais à cultura institucional e estar a fim de crescer, pois o aprendizado se dá pela conscientização, reconhecimento, decisão e compromisso.

Para Lazzari, Schimidt e Jung (2012) na busca do conhecimento é necessário o uso de metodologias diferentes, através da troca de saberes, do diálogo horizontal e em grupo, da integração de experiências, da criatividade, da flexibilidade e do respeito à singularidade e ao pensamento crítico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação permanente apresenta-se na atuação da enfermagem, como um instrumento para a qualidade assistencial, sendo indispensável na área de hematologia e hemoterapia, sendo este um tema específico por vezes não abordado nos cursos de formação básicos para auxiliares, técnicos e enfermeiros.

A partir da análise do perfil da equipe de enfermagem do Hemocentro Regional de Criciúma foi possível perceber a predominância do sexo feminino, dos técnicos de enfermagem e do tempo de atuação acima de um ano, sendo um ponto positivo para a possibilidade destes profissionais de analisar criticamente a instituição que atuam há mais tempo quanto as necessidades relacionadas a educação permanente.

Quanto à realização de educação permanente com a equipe de enfermagem pela instituição, percebeu-se uma dificuldade dos participantes em definir e elencar estas atividades corretamente, confundindo-o com procedimentos padrões e orientações sobre novas tecnologias. Destacando assim a necessidade de orientação para a equipe de enfermagem em relação a definição de educação permanente para que assim possam solicitar a realização desta.

Ao analisar o conhecimento da equipe sobre educação permanente, percebeu-se que há um conhecimento superficial sobre o assunto. É nesse contexto que, concluiu-se também, que o assunto merece ser amplamente estudado, difundido e incrementado, devendo chegar ao conhecimento de todos os envolvidos.

Propõe-se uma educação permanente voltada para as reais necessidades da equipe de enfermagem que trabalha na assistência no hemocentro, pois se percebeu que não existe um programa específico a estes profissionais que contam com a experiência, palestras e a ajuda dos colegas com mais tempo de serviço neste setor.

Considera-se, portanto que este estudo não se torna acabado, mas amplia as possibilidades sobre a reflexão da educação permanente dentro de um processo de trabalho da instituição que necessita desta educação para alcançar a qualidade na assistência em hematologia e hemoterapia.

Foi possível alcançar o objetivo de Identificar a necessidade de educação permanente, apresentada pela equipe de enfermagem do Hemocentro Regional de

Criciúma, evidenciando a carência destes profissionais diante dos temas relacionados às funções desempenhadas na instituição.

REFERÊNCIAS

ABREU, W. (2001). **Identidade, Formação e Trabalho**. Coimbra: Formasau/Educa.

ALMEIDA, M.J. de. **Educação permanente em saúde**: um compromisso inadiável. Olho Mágico, Londrina, v.5, n. São Paulo, p.41-42, 1999a.

AUSUBEL, D. P. **A aprendizagem significativa**: a teoria de David Ausubel. São Paulo: Moraes, 1982.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS; Caminhos para a educação permanente em saúde**: Polos de educação permanente em saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde, departamento de Gestão da Educação na saúde. Brasília; Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e desenvolvimento para o SUS**: Caminhos da Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS**: O SUS e o curso de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Educar SUS Notas sobre**

o Desempenho da Gestão da Educação na Saúde. Período de fevereiro de 2004 a junho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem – Integradora. Brasília: Ministério da Saúde, 2005e.

Brasil. **Portaria No. 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006.

_____. **Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.** Diário Oficial da União. Brasília, n. 39, p. 43-51, 23 fev. Seção 1. 2006.

_____. Portaria No. 699, de 30 de março de 2006. **Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.** Brasília, n. 64, p. 49, 3 abr. Seção 1. 2006.

BRASIL. **Resolução 466/2012 Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos.** Brasília, 2012.

BRUNNER, L. S., SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem: Médico – Cirúrgico** v. 1, v 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CANÁRIO, R. **Formação e mudança no campo da saúde.** In Canário, Rui (org), Formação e situações de trabalho. Porto: Porto Editora, 2003.

CANÁRIO, R. **Aprendizagens e quotidianos profissionais.** In Rodrigues, A. et al. 2007.

CARDOSO DE MELO, J. A. **Educação e as Práticas de Saúde.** In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venancio (Org.). Trabalho, Educação e Saúde:

reflexões críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Melo. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

Ceccim RB. **Educação Permanente em Saúde: de descentralização e disseminação da capacidade pedagógico na saúde.** Ciênc. Saúde Coletiva. 2005;10(4):975-86. 3.

CECCIM, R.B. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface – comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, 2005b.

CECCIM, R.B. **Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, 2005c.

_____. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CEITIL, M. Gestão e desenvolvimento de competências. Lisboa: Edições Sílabo. 2006 (org).

COIMBRA, V.C.C. et al. **A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família.** Revista Eletrônica de Enfermagem [on line], Goiânia, 2005. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/revisao_03.htm [Acesso em 30 mai. 2014].

COFEN - **CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM.** Resolução do COFEN 358/2009.

COREN – **CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM.** Página Inicial, 2014.

CORREIA, Maria da conceição Batista. **Processos de Construção de Competências nos enfermeiros em UCI.** Doutorado Universidade de Lisboa/Portugal. 2012. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt>. Acessado em Maio de 2014.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educación para la salud .** Madrid: Pirámide, 1996. p. 25-58.

COWAN, D.; NORMAN, I.; COOPAMAH, V. P. (2005). **Competence in nursing practice: a controversial concept** – a focused review of literature. Nurse Education Today, 25 (5), 355-362.

DAHER, D. V. **Por detrás da chama da lâmpada, a identidade social do enfermeiro.** Niterói: EdUFF, 2000.

DAVIM, R.M.B.;TORRES, G.de V.;SANTOS, S.R. dos. **Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola.** Rev. latino-americana de enfermagem. Ribeirão Preto, v. 7, n.5, p. 43-49, dezembro 1999.

Donabedian, A. **Evaluating the quality of medical care.** Milbank Mem Fund Q.

1966;44(3):166-203.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica-** definición y métodos de evaluación. Mexico: La Prensa Mexicana; 1984.

FARAH, B.F. **Educação em serviços, educação continuada, educação permanente em saúde:** sinônimos ou diferentes concepções? Revista APS, V.6, N.2, P. 123 124, Jul. Dez. 2003.

FREIRE, P. Sobre educação popular: Entrevista com Paulo Freire. In: TORRES, R.M. (org). **Educação popular:** um encontro com Paulo Freire. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIRELLI, Scheila. **Formar para Melhor Servir** _Um estudo sobre o desenvolvimento da política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Município de Chapecó/SC. TCC Universidade Comunitária Regional de Chapecó. 2007. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br>. Acessado em Junho 2014.

GUEDES, Neide Cavalcante. **A construção dos conceitos de formação profissional e prática pedagógica.** Teresina: EDUFPI, 2002.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M.A.; DAVINI, M.C. **Proceso de trabajo y educacion permanente de personal de salud:** reorientacion y tendencias en america latina. Educacion Médica y Salyud. vol. 24, n. 2. 1990.

LAFIN, Maria Hermínia Lage Fernandes. **Educação de Jovens e adultos, Diversidade e o Mundo do Trabalho.** Ijuí: Ed. Unijuí, 2012.

LAZZARI D.D; SCHMIDT. N.; JUNG. W; **Educação continuada em unidade de terapia intensiva na percepção de enfermeiras.** Rev Enferm. UFSM, 2012.

LEOPARDI. Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde.** Florianópolis: Pallotti, 2001.

LUCKESI, C.C. **Filosofia da educação.** São Paulo: Cortez, 1994.

MANCIA. JR, CABRAL ,LC; KOERICH; MS. **EDUCAÇÃO PERMANENTE NO Contexto da enfermagem e na saúde.** Rev Bras Enferm. 2004; 57 (5): 605-10.

MARCONI, A. M.; LAKATOS, M.E. **Fundamentos da Metodologia Científica.** 6. Ed. São Paulo: Ed. Athos, 2005.

MARIOTTI, Humberto. **Organizações de Aprendizagem: Educação Continuada e**

a empresa do futuro. São Paulo: Atlas, 1995.

MARTINS, Rosilda Baron Martins. **Metodologia Científica.** Curitiba, 2008.

MEDINA, J. L. (1999). **La pedagogia del cuidado:** saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Alertes Ediciones.

MERHY, E.E.; FEUERWEKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. **Educación permanente en salud** – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. Salud colect, La Plata, v.2, n.2, p.147-160, 2006.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-300.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas. **Formação de facilitadores de Educação Permanente em saúde:** Percepções de tutores e facilitadores. Mestrado em saúde Coletiva da Universidade estadual de Londrina/PR. 2008. Disponível em: <http://www.uel.br>. Acessado em: Junho de 2014.

MIKOWSKI, Tadeu C. **Qual é mesmo a nossa profissão.** Blumenau: Ed. FURB, 1995.

MINAYO. M.C.S. **Pesquisa Social:** Teorias método e criatividade. 26 Ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1996 de 20 de agosto de 2007.**

MONTANHA, D. **Análise das atividades educativas de trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino:** público participante, levantamento de necessidades e resultados esperados. São Paulo: [s.n.]; 2008. 166p. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2008.

MOTTA, P. R. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 1995.

NEPOMUCENO R.M.L; KURCGANT P. **Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem.** Ver. Esc. Enfermagem. USP, 2008.

PASCHOAL, S. A; MANTOVANI. F.M.; LACERDA, R. M. **Educação permanente em enfermagem:** subsídios para prática profissional. Rev. Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre 2006.

PASCHOAL, A.S.; MONTAVANI, M. de F.; MÉIER, M.J. **Percepção da educação permanente, continuada em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino.** Ver. Esc. Enfermagem USP, v. 41, n. 3 p. 480 – 484, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 10 de fevereiro de 2014.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.de F.; MEIER, M.J. **Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de**

ensino. Rev. Esc. Enfermagem USP 41(3): 478-84.2007.

PEREIRA, A. L. **Educação em saúde.** In: Ensinando a cuidar em Saúde Pública. Difusão, 2003.

PEREIRA, R. C. J. e GALPERIM, M. R. de O. **Cuidando – ensinando – pesquisando.** In : WALDOW, V. Maneiras de cuidar e maneiras de ensinar – enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PERRENOUD, P. (2004). **Dez novas competências para ensinar.** Porto Alegre: Artes Médicas.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.** In : Divulgação de saúde para Debate. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. n. 12, jul. 1996.

RIBEIRO, E.C. de O.; MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. 2006. Disponível em < <http://www.saude.pr.gov.br>. Acesso em: Maio de 2014.

ROSA, S.S. da. **Construtivismo e mudança.** 9 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

SANTIAGO, L. C.; SILVA, A. L. A. C.; TONINI, T. **Semiologia – Teorias e tecnologias do/no cuidado do corpo.** In : SANTOS, Iraci dos. Enfermagem fundamental realidade, questões, soluções. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Editora Atheneu, 2001. Série atualização em enfermagem.

SCHALL, Virginia T; STRUCHINER, Mirian. **Educação e Saúde: Novas perspectivas.** 2009. Disponível em: .Acessado em 17 de Junho de 2014.

SILVA, Marlene Dierschnabel. **A vida na maturidade: uma contribuição á educação permanente.** Nova Letra: Blumenau, 2003.

SILVA, G.M.; SEIFFERT, O. M.L.B. **Enfermagem continuada em enfermagem: Uma proposta metodológica.** Revista Brasileira de Enfermagem, maio-junho; 62(3):362-6, 2009.

SILVA. F. M; CONCEIÇÃO. A. F.; LEITE, J. M. M. **Educação continuada: um levantamento de necessidade da equipe de enfermagem.** O mundo da saúde. São Paulo 2008.

SOUZA. AC, COLOMÉ ICS, COSTA LED, OLIVEIRA DLLC. **A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde.** Rev. Gaúcha de Enf. Porto Alegre (RS) 2005 ago; 26(2): 147-53.

TABARI-KHOMEIRAN, R. et al. (2007). **Competence development among nurses: The process of constant interaction.** *The Journal of Continuing Education in Nursing,*

38 (5), 211-218.

TANNURE, Meire Chucre. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático** / Meire Chucre Tannure, Ana Maria Pinheiro. 2 ed – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TATAGIBA, M.C.; FILÁTIGA, V. **Vivendo e aprendendo em grupos**: uma metodologia construtivista de dinâmica de grupos. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

TAVARES, C.M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto & Contexto Enferm.* vol.15, n. 2, p. 287-95, 2006.

VASCONCELOS, E. M. **Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde**. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.11-9.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

VIANNA, Ilca Oliveira de Almeida. **Metodologia do trabalho científico: um enfoque didático da produção científica**. São Paulo: EPU, 2001. 288 p.

ZARIFIAN, P. (1994). **La compétence, mythe, construction ou réalité**. Paris: L'Harmattan.

ZARIFIAN, P. (1992). **Acquisition et reconnaissance des competences dans une organization qualifiante**. *Education Permanente*, 112, 15-22.

APÉNDICE(S)

QUESTIONÁRIO

EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HEMOCENTRO REGIONAL DE CRICIÚMA

DADOS INICIAIS:

Data: ___/___/___.

1) Nome: _____

2) Idade: _____

3) Sexo: _____

4) Estado Civil: _____

5) Qual sua formação? E a quanto tempo você se formou?

6) Para qual função você foi contratado?

7) Tempo de atuação no HEMOSC?

8) Qual o seu conceito sobre educação permanente?

9) Existe o trabalho de educação permanente na instituição?

Sim () Não () Quais?

10) Quais assuntos deveriam ser abordados nas ações de educação permanente da instituição?

11) Você sente necessidade de aperfeiçoamento em alguma atividade que você executa?

Sim () Não () Quais?

