

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO**

IVETE MAROSO KRAUZER

**INTERFACES DO TRABALHO EM ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO DE
PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS**

Porto Alegre

2017

IVETE MAROSO KRAUZER

**INTERFACES DO TRABALHO EM ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO DE
PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho

Orientadora: Profa. Dra. Clarice M. Dall'Agnol

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Krauzer, Ivete Maroso

Interfaces do trabalho em enfermagem na construção
de protocolos assistenciais / Ivete Maroso Krauzer.
-- 2017.
93 f.

Orientadora: Clarice Maria Dall'Agnol.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Protocolos de enfermagem. 2. Educação em
enfermagem. 3. Gestão em saúde. 4. Pesquisa em
enfermagem. I. Dall'Agnol, Clarice Maria, orient. II.
Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

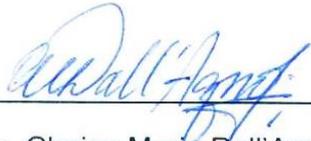
IVETE MAROSO KRAUZER

Interfaces do Trabalho em Enfermagem na Construção de Protocolos Assistenciais

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 03 de março de 2017

BANCA EXAMINADORA



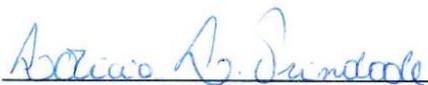
Profa. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol

Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Liana Lautert

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Letícia de Lima Trindade

Membro – UDESC



Profa. Dra. Francine Lima Gelbcke

Membro – UFSC

De uma carta póstuma: aos que tem estima por mim.

Muito obrigado, tudo de bom e boa sorte.

(Roger Mase, 2013)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** e aos **mentores espirituais**. Companheiros que iluminaram o meu caminho e me intuíram durante esse percurso.

Agradeço aos meus filhos: **Victor, Roger e Emanoella**, razões da minha vida e os motivos principais de continuar a lutar para ser uma pessoa melhor. Aos meus netos **Joaquim e Vicente**, criaturinhas que vieram para serem luz no mundo. À minha querida nora **Andrana** e ao meu querido genro **David**. Pertença a todos vocês.

Agradeço as minhas amigas de sempre, **Monica, Miriam e Edna**. Não sei o que seria de mim sem a amizade de vocês.

Aos amigos do grupo de oração: **Adair, Fátima, Eliane, Vera e Adélia**. Todos os domingos renovamos a nossa fé.

Agradeço a minha orientadora **Profa. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol**, pelos ensinamentos e paciência dispensadas a mim.

Agradeço as minhas **colegas e amigas** do Departamento de Enfermagem da UDESC Oeste.

À **Profa. Dra. Lucimare Ferraz**, amiga e competente assistente de pesquisa.

Agradeço aos membros da Banca Examinadora: Dra. Francine Lima Gelbcke, Dra. Letícia de Lima Trindade, Dra. Liana Lautert e Dra. Clarice Maria Dall’Agnol. Obrigada pelas contribuições.

À Coordenação do Doutorado Interinstitucional, **Profa. Dra. Letícia de Lima Trindade**, em Chapecó e a **Profa. Dra. Alice Maria Dias**, em Porto Alegre. Foram incansáveis na busca da efetivação deste Doutorado.

À **Patrícia Bairros Alves e Suelen**, técnica administrativa e bolsista que fizeram seu trabalho com muita desenvoltura e competência.

Agradeço a Direção da UDESC Oeste da gestão anterior e da atual. Sem o apoio dos gestores não seria possível efetivar o DINTER.

Agradeço ao Ex – Reitor da UDESC, **Prof. Dr. Antonio Heronaldo de Sousa**. Na sua gestão tudo começou.

Às minhas colegas de Doutorado e do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem (NEGE). Obrigada pela parceria.

Às colegas e amigas do apartamento de Porto Alegre. Sempre correndo, mas dispostas a compartilhar a sopa da noite.

Aos participantes da pesquisa. Obrigada pela disponibilidade. São guerreiras e espero ter contribuído um pouco com o trabalho de vocês.

À Direção do Hospital Regional do Oeste, pela cedência do espaço e por acolher a proposta.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES/MEC pelo auxílio financeiro.

Por fim, agradeço imensamente a todas pessoas que estão nesse mundo e àquelas que estão no plano espiritual. Certamente, me ajudaram neste processo de construção do conhecimento, as quais serei grata por toda vida.

Ivete Maroso Krauzer

O valioso tempo dos maduros

Contei meus anos e descobri que terei menos tempo para viver daqui para a frente do que já vivi até agora.

Tenho muito mais passado do que futuro.

Sinto-me como aquele menino que recebeu uma bacia de cerejas.

As primeiras, ele chupou displicente, mas percebendo que faltam poucas, rói o caroço.

Já não tenho tempo para lidar com mediocridades.

Não quero estar em reuniões onde desfilam egos inflamados.

Inquieto-me com invejosos tentando destruir quem eles admiram, cobiçando seus lugares, talentos e sorte.

Já não tenho tempo para conversas intermináveis, para discutir assuntos inúteis sobre vidas alheias que nem fazem parte da minha.

Já não tenho tempo para administrar melindres de pessoas, que apesar da idade cronológica, são imaturos.

Detesto fazer acareação de desafetos que brigaram pelo majestoso cargo de secretário geral do coral.

As pessoas não debatem conteúdos, apenas os rótulos.

Meu tempo tornou-se escasso para debater rótulos, quero a essência, minha alma tem pressa.

Dem muitas cerejas na bacia, quero viver ao lado de gente humana, muito humana; que sabe rir de seus tropeços, não se encanta com triunfos, não se considera eleita antes da hora, não foge de sua mortalidade, quero caminhar perto de coisas e pessoas de verdade.

O essencial faz a vida valer a pena.

É para mim, basta o essencial

(Mário de Andrade).

RESUMO

Protocolos assistenciais são tecnologias que fazem parte da organização do trabalho da enfermagem e consistem num importante instrumento de gerenciamento em saúde. Na atualidade, valer-se destas tecnologias é prerrogativa das instituições de saúde que prezam pela excelência dos serviços e buscam garantir a segurança dos profissionais e usuários. Assim, é importante reconhecer que a adoção dos protocolos para o cuidado fornece suporte para organizar e gerenciar o trabalho de enfermagem. A pesquisa, de abordagem qualitativa, foi ancorada no referencial teórico de Paulo Freire e teve como objetivo principal analisar como vem ocorrendo a construção e discussão sobre os protocolos assistenciais em um hospital público de alta complexidade do Sul do Brasil. Os objetivos específicos consistiram em conhecer como ocorre a construção dos protocolos e identificar como a equipe de enfermagem se apropria dos mesmos e os implementa no contexto de trabalho. O estudo foi homologado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, CAEE 50337315.6.0000.5347. A coleta de informações transcorreu em cinco encontros de grupos focais, entre janeiro a maio de 2016, com enfermeiras, técnicas de enfermagem e membros da Comissão de Educação Permanente do hospital, totalizando 16 participantes. As informações, submetidas à análise temática, resultaram em três categorias: os protocolos em meio à complexidade do contexto organizacional, os protocolos em meio à organização do trabalho em enfermagem e a Educação Permanente como estratégia para a construção dos protocolos. Nos debates, houve destaque a percalços que derivam da organização do trabalho, tais como: dificuldade de acolhimento dos novos profissionais, falta de tempo dos enfermeiros para cuidar e gerenciar, instrumentos de avaliação considerados frágeis, carência de pessoal nas unidades assistenciais, dimensionamento inadequado, elevado *turnover* entre os recém-contratados e déficits na formação de técnicos e enfermeiros. Além das questões técnicas, a formação dos profissionais foi realçada nas discussões com vistas ao desenvolvimento da consciência crítica dos sujeitos sobre o seu próprio ambiente de trabalho, os quais promovem o movimento de ação-reflexão-ação. O preparo profissional pressupõe a necessidade de refletir e avaliar o próprio ato assistencial para promover a autonomia dos profissionais, repercutindo na qualidade da assistência ofertada. Corrobora-se a tese de que a equipe de enfermagem se apropria da construção de protocolos, com pertinência, quando problematiza os atos assistenciais por meio do diálogo crítico-reflexivo, reconhecendo as contradições presentes no contexto do trabalho hospitalar. A organização da práxis surgiu como uma possibilidade de explicitar o modo de operar dos profissionais que lidam com os

protocolos. Considera-se que os resultados desta pesquisa são uma importante fonte de reflexão para os profissionais de enfermagem, de saúde e gestores, bem como a utilização de tecnologias que permitam a autonomia profissional e a legitimidade das ações.

Palavras-chave: Protocolos de enfermagem. Educação em enfermagem. Gestão em saúde. Pesquisa em enfermagem.

ABSTRACT

Care protocols are technologies that are part of the organization of nursing work and are an important tool for health management. Nowadays, the use of these technologies is a prerogative of health institutions that appreciate the excellence of their services and aim to ensure the safety of professionals and users. Accordingly, it becomes important to recognize that the adoption of care protocols provides support to organize and manage the nursing work. The research, with a qualitative approach, was anchored in the theoretical benchmark of Paulo Freire and its main objective was to analyze how the construction and discussion of care protocols have been taking place in a high complexity public hospital in Southern Brazil. The specific objectives were to know how the construction of the protocols takes place and to identify how the nursing team seizes and implements them in the work context. The study was confirmed by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul, CAAE 50337315.6.0000.5347. The collection of information was conducted in five focus group meetings, between January and May 2016, with nurses, nursing technicians and members of the hospital's Continuing Education Committee, totaling 16 participants. This information was submitted to thematic analysis and gave rise to three categories: the protocols amidst the complexity of the organizational context, the protocols amidst the organization of nursing work and the Continuing Education as a strategy to construct the protocols. During the debates, an emphasis was placed on the obstacles derived from the work organization, such as: difficulty in welcoming new professionals, lack of time for nurses to care for and manage, assessment instruments considered frail, shortage of personnel in care facilities, inappropriate sizing, high turnover among the newly hired and deficits in the training of technicians and nurses. In addition to the technical issues, the training of professionals was emphasized in the discussions with a view to developing the critical awareness of the subjects about their own work environment, which foster the action-reflection-action movement. The professional preparation presupposes the need to reflect and assess the care act itself with the aim to foster the autonomy of professionals, thereby reverberating in the quality of the care offered. We corroborate the thesis that the nursing team pertinently seizes the construction of protocols, when problematizing the care acts by means of critical-reflective dialogue, thereby recognizing the contradictions present in the context of the hospital work. The organization of praxis appeared as a possibility to clarify the modus operandi of the professionals who deal with these protocols. We consider that the results of this research are an important source of reflection for nursing professionals, health professionals and health managers, as well as of

guidance for the use of technologies that allow professional autonomy and legitimacy of actions.

Keywords: Nursing assessment. Education nursing. Health management. Nursing research.

RESUMEN

Protocolos asistenciales son tecnologías que forman parte de la organización del trabajo de enfermería y consisten en una importante herramienta de gestión de salud. Actualmente, el uso de estas tecnologías es una prerrogativa de las instituciones de salud que valoran la excelencia de sus servicios y buscan garantizar la seguridad de los profesionales y usuarios. Así, se hace importante reconocer que la adopción de los protocolos de atención proporciona apoyo para organizar y gestionar el trabajo de enfermería. La investigación, con planteamiento cualitativo, fue basada en el marco teórico de Paulo Freire y tuvo como principal objetivo analizar como han ocurrido la construcción y la discusión de los protocolos asistenciales en un hospital público de alta complejidad en el Sur de Brasil. Los objetivos específicos consistieron en saber como ocurre la construcción de los protocolos e identificar como el equipo de enfermería se apropia de estos protocolos y les aplica en el contexto de trabajo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, CAAE 50337315.6.0000.5347. La recogida de información transcurrió en cinco reuniones de grupos focales, entre enero y mayo de 2016, con enfermeros, técnicos de enfermería y miembros de la Comisión de Educación Continua del hospital, totalizando 16 participantes. La información fue sometida al análisis temático y generó tres categorías: los protocolos en medio de la complejidad del contexto organizativo, los protocolos en medio de la organización del trabajo de enfermería y la Educación Continua como estrategia para la construcción de los protocolos. Durante los debates, se destacaron los contratiempos que se derivan de la organización del trabajo, tales como: dificultad de acogida de los nuevos profesionales, falta de tiempo de los enfermeros para cuidar y gestionar, herramientas de evaluación consideradas frágiles, falta de personal en las unidades asistenciales, dimensionamiento inadecuado, alto *turnover* entre los recién contratados y déficit en la formación de técnicos y enfermeros. Además de las cuestiones técnicas, la formación de los profesionales fue subrayada en las discusiones con miras al desarrollo de la conciencia crítica de los sujetos acerca de su propio ambiente de trabajo, los cuales fomentan el movimiento de acción-reflexión-acción. La preparación profesional presupone la necesidad de reflexionar y evaluar su propio acto asistencial con el fin de fomentar la autonomía de los profesionales, lo que refleja en la calidad de la asistencia ofrecida. Compartimos la tesis de que el equipo de enfermería se apropia pertinentemente de la construcción de protocolos, cuando problematiza los actos asistenciales por medio del diálogo crítico-reflexivo, reconociendo así las contradicciones presentes en el contexto del trabajo hospitalario. La

organización de la praxis emergió como una posibilidad para aclarar el modo de operar de los profesionales que trabajan con los protocolos. Creemos que los resultados de esta investigación son una importante fuente de reflexión para los profesionales de enfermería, los profesionales de salud y los gestores de salud, así como de orientación para el uso de tecnologías que permitan la autonomía profesional y la legitimidad de las acciones.

Palavras clave: Evaluación en enfermería. Educación en enfermería. Gestión en salud. Investigación em enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Área geográfica de abrangência do Hospital Regional do Oeste	41
Figura 2 - Vista externa do Hospital Regional do Oeste de SC	42
Figura 3 - Categorias temáticas	48
Quadro 1 - Caracterização dos grupos focais (GF)	43
Quadro 2 - Códigos atribuídos aos participantes e frequência aos encontros de grupos focais	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHLVF	Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira
BDENF	Biblioteca Específica da Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP/HRO	Comissão de Educação Permanente/Hospital Regional do Oeste
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CME	Central de Material Esterilizado
CIES	Comissão Interinstitucional de Ensino e Serviço
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
COREC	<i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i>
DINTER	Doutorado Interinstitucional
HE	Hospital de Ensino
HRO	Hospital Regional do Oeste
IES	Instituição de Ensino Superior
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LILACS	Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NEGE	Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
ONA	Organização de Acreditação Hospitalar
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PE	Processo de Enfermagem
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
PS	Pronto Socorro
PUC/SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBLF	Sociedade Beneficente Lar da Fraternidade
SENPE	Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SC	Santa Catarina
SCIRAS	Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
SESMT	Serviço de Medicina do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Unochapecó	Universidade Comunitária da Região de Chapecó
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	25
3 REFERENCIAL TEÓRICO	26
3.1 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS COMO TECNOLOGIAS DE APOIO ÀS EQUIPES.....	26
3.2 MARCO CONCEITUAL À LUZ DA VERTENTE FREIRIANA	32
3.2.1 Breve histórico de Paulo Freire	32
3.2.2 Conceitos-chave do estudo	34
3.2.2.1 Mudança/transformação	34
3.2.2.2 Problematização.....	36
3.2.2.3 Diálogo	37
3.2.2.4 Autonomia	38
4 MÉTODO	40
4.1 TIPO DE PESQUISA	40
4.2 CONTEXTO CONCRETO – CENÁRIO DA PRÁTICA	40
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES	42
4.4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	45
4.5 RIGOR DA PESQUISA E ASPECTOS ÉTICOS	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1 OS PROTOCOLOS EM MEIO À COMPLEXIDADE DO CONTEXTO ORGANIZACIONAL	49
5.2 OS PROTOCOLOS EM MEIO À ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM	54
5.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DOS PROTOCOLOS	61
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE A - Guia de Temas Para o Grupo Focal 1	81
APÊNDICE B - Guia de Temas Para o Grupo Focal 2	82
APÊNDICE C - Guia De Temas Para o Grupo Focal 3	83
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal 1	84

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal 2	86
APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo Focal 3	88
ANEXO A - Autorização do campo da pesquisa para a coleta das informações	90
ANEXO B - Parecer de aprovação do projeto no CEP/UFRGS	91

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa vincula-se ao projeto de Doutorado Interinstitucional (DINTER), desenvolvido em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC), cujo objetivo foi qualificar docentes enfermeiras do Departamento de Enfermagem da UDESC. O tema da tese insere-se na Área de Concentração de Políticas e Práticas em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS no que se refere a gestão/gerenciamento dos serviços de saúde e enfermagem e organização do trabalho em que se alicerça o Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem (NEGE), do qual faço parte.

Durante as atividades profissionais, na área de gestão e gerenciamento em enfermagem, tenho observado que os serviços de saúde se organizam de diferentes modos. Conforme a complexidade da instituição, alguns serviços estabelecem acordos e rotinas, de forma verbal, contudo, pouco formalizados pela escrita, mas cumpridos tacitamente. Outros lançam mão de tecnologias, a exemplo dos procedimentos operacionais padrões (POP) e protocolos, para organizar o serviço, otimizar o trabalho e padronizar condutas, incorporando-os à sua prática assistencial e arranjan-do-se a partir dos recursos disponíveis.

Esses estilos organizativos foram identificados e vivenciados como enfermeira assistencial, nas unidades hospitalares e na rede de atenção básica em que trabalhei. Todavia, nos últimos 16 anos na docência, ao acompanhar acadêmicos na disciplina de estágio curricular supervisionado, venho perscrutando o desenvolvimento das práticas das equipes com um “olhar de fora”. Sob essa visão, tenho constatado diferenças na maneira de trabalhar entre as equipes do mesmo turno, em turnos de trabalho diferentes e até mesmo entre equipes diurnas e noturnas.

Embora essa forma de organização seja amplamente difundida nas instituições de saúde, ocorrem situações em que profissionais e equipes pouco conhecem os protocolos. Sabem que existem, mas não os aplicam em sua prática. Ou, como constata Ferraz (2012), os profissionais desenvolvem a sua prática, muitas vezes, sem ter a consciência do objeto a ser modificado. Além disso, não é incomum encontrar protocolos nas gavetas das unidades ou em arquivos de computador, pouco acessados pela equipe. Destarte, a não utilização das normativas pode levar à carência de padronização das ações e diversidade nas formas de fazer, culminando em equívocos na realização dos atos assistenciais. Por outro lado, a criação

exagerada de protocolos e normas não garante a efetividade das ações de saúde. Tal como afirma Paes (2011), faz-se mister a sensibilização e validação por toda equipe, de modo a tornar-se uma alternativa viável de uma prática mais segura.

Ao serem empregados de maneira inadequada ou subutilizados, os protocolos denotam um modelo de gestão que privilegia o atendimento às demandas imediatas que eventualmente se justificam em função do déficit significativo de pessoal de enfermagem. Contudo, espera-se que o imediatismo não seja a regra da organização do trabalho, no entanto, o tema deve integrar o planejamento das equipes. Por vezes, a interação entre quem elabora os protocolos e quem os executa parece ser pouco efetiva. Nessa linha de raciocínio, é importante lembrar que a construção dos protocolos demanda o envolvimento das equipes multiprofissionais para que ocorra uma sintonia na implementação e se garanta a segurança dos envolvidos na prática.

Todavia, em equipes participativas ocorre o inverso, pois, uma vez identificados, os problemas são analisados de modo a projetar novas estratégias de reorganização do trabalho. Esta condição remete aos assinalamentos de Freire sobre as situações limite¹ “[...] como algo percebido e destacado que não podendo e não devendo permanecer como tal, passa a ser um tema-problema que deve ser enfrentado, portanto, deve e precisa ser discutido e superado” (FREIRE, 2011, p. 277-278). Deste modo, considero o debate sobre o trabalho em enfermagem e o enfrentamento dos problemas uma condição imprescindível para desenvolver a consciência coletiva e, assim, motivar os profissionais a implementar os protocolos.

Na reflexão de tais aspectos é importante considerar que o trabalho é a base da sobrevivência humana, o ato elementar que consolida a cultura dos povos e a composição das características sociais de uma determinada sociedade, em cujo alicerce está a formação da identidade dos indivíduos (PINTO, 2013).

Porém, de antemão, admite-se que no contexto da sociedade atual o trabalho é complexo, lida com intersubjetividades, ocorre em diferentes cenários, utiliza tecnologias variadas e manifesta-se pela singularidade humana. Franco e Merhy assinalam (2012) que a heterogeneidade se reflete em todas as áreas, contudo, no escopo da saúde existe uma especificidade, caracterizada como um trabalho vivo em ato, evidenciado no momento da sua efetivação e controlado pelo próprio trabalhador, o que o diferencia dos demais tipos de trabalho.

¹ São as situações que desafiam de tal forma a prática dos seres humanos, que é necessário enfrentá-las e superá-las para prosseguir. Elas não devem ser contornadas, mas analisadas e estudadas em suas múltiplas contradições, sob pena de reaparecerem mais adiante com força redobrada. (GADOTTI *et al*, 1996, p.730)

Como categoria, o trabalho tem conotação polissêmica, ou seja, tem diferentes significações. Na perspectiva marxiana, Frigotto (2009) realça que o trabalho produz mais-valia. Na concepção econômica liberal o trabalho é uma relação entre a aplicação de insumos e o produto. Contudo, convive-se ainda com aspectos do trabalho advindos das Teorias Gerais da Administração, principalmente daquelas concebidas por Taylor, Ford e Fayol, ao postular a separação programada entre a concepção e execução das tarefas, de modo a alcançar a máxima produtividade (FISCHBORN, 2013).

O trabalho em saúde tem características específicas, é realizado por várias categorias profissionais, com diferentes especialidades, níveis de formação e somente pode ser feito por pessoas que dominam determinados conhecimentos e técnicas especializadas (PIRES, 2008). Esta peculiaridade, refere Cecílio (2011), reforça a ideia de que a organização do trabalho depende da definição clara de normas, protocolos, regras e fluxos, as quais devem ser socializados e respeitados por todos os profissionais, de modo que as ações atendam aos objetivos a que se propõe um serviço de saúde.

Autores como Pires (2008), Franco e Merhy (2012), Carvalho et al. (2014) afirmam ser o trabalho em saúde integrante do setor de serviços, completa-se no momento da sua realização e pode ser identificado e caracterizado na esfera da produção não material. Nessa concepção, como não se produz bens a consumir, a especificidade do trabalho em saúde é vista sob outros aspectos, por exemplo, a utilização das diferentes tecnologias com ênfase no bem comum, contrapondo-se ao uso indiscriminado de materiais e equipamentos.

O fato é que o trabalho em saúde ocorre mediado por seres humanos que coexistem organicamente em equipes, num determinado espaço físico, no caso, as unidades assistenciais hospitalares. Bergamin e Prado (2013), sinalizam a interdependência das ações dos profissionais, cujas metas devem ser estabelecidas coletivamente, para se atingir efetividade no ato assistencial. Por essa razão, torna-se relevante vislumbrar o contexto, depreendendo como se organizam as equipes, com vistas à implementação dos protocolos assistenciais.

Num contexto institucionalizado, a exemplo de hospitais, o Ministério da Saúde (MS) destaca que uma maneira de organizar o trabalho é estabelecer normativas validadas e reconhecidas por organismos internacionais. No Brasil, o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde tem a responsabilidade de construir instrumentos escritos, estabelecer diretrizes técnicas, organizacionais e políticas, fundamentadas em evidências científicas. Este Comitê retoma a necessidade de instituir processos permanentes de incorporação e revisão dos protocolos clínicos, assistenciais e tecnologias em saúde. Ainda, é de sua competência avaliar as

evidências científicas disponíveis, os benefícios e riscos para saúde dos usuários, o custo-efetividade e o impacto na organização dos serviços e na saúde da população (BRASIL, 2005).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente preconiza o emprego de protocolos, como uma estratégia de prevenção e redução da incidência de eventos adversos, nos serviços de saúde públicos e privados (BRASIL, 2013). Entretanto, a construção de protocolos ocorre de acordo com a complexidade de cada serviço, as tecnologias e os recursos disponíveis na instituição e mediante as parcerias estabelecidas com a rede de serviços de saúde.

As inquietações relativas à estrutura do trabalho em enfermagem e o uso de normativas emergiram com mais ênfase quando realizei uma pesquisa sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), em 2008. Naquela oportunidade, os resultados indicaram a necessidade de aprofundar o estudo para compreender as implicações advindas do modelo clássico de gestão, percebidas na instituição. À época, surgiu a educação permanente, como uma estratégia de aperfeiçoamento pessoal e profissional e, também, a criação de uma rede solidária de troca de experiências entre as universidades da região oeste de Santa Catarina (KRAUZER; GELBCKE, 2011).

O resgate desse assinalamento instigou-me a pesquisar mais sobre as interfaces do trabalho de enfermagem, no mesmo cenário daquela pesquisa. Além disso, está em curso no município de Chapecó (SC) um amplo debate entre as instituições de ensino, de saúde e os órgãos governamentais, com vistas a viabilizar a instituição em estudo em Hospital de Ensino e obter a acreditação hospitalar. As discussões avançaram e estabeleceram-se, então, comissões de ensino e serviço para atender a Portaria Interministerial nº 285/15, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (BRASIL, 2015). Em cumprimento a esta Portaria, houve incremento à iniciativa de construção dos protocolos, que se encontram em diferentes fases.

A importância desta certificação significa dispor de um estabelecimento de saúde que seja conveniado a uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, que ofereça à comunidade campo para a prática de atividades de ensino, pesquisa e extensão para todas as áreas de conhecimento.

Convém destacar que existem três universidades inseridas e envolvidas diretamente com as atividades do hospital: a Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), entidade à qual me vinculo na docência. Além do ensino

superior, os cursos técnicos em enfermagem realizam atividades teórico-práticas e estágios na instituição.

A contribuição das universidades tem sido muito importante na construção das estratégias interinstitucionais de aprimoramento de normativas e instrumentos requeridos pela legislação, com vistas à transformação em Hospital de Ensino. Nesse sentido, conforme relato da chefia de departamento do Curso de Enfermagem da UDESC, mantêm-se três docentes no hospital, para assessorar as Comissões Internas de Ensino Serviço (CIES). Mais recentemente, por solicitação do hospital, foi incrementada a presença da UDESC, com mais três docentes. Estas, junto aos demais membros da equipe do hospital, têm realizado a revisão dos procedimentos operacionais padrão (POP), debatido o regimento da Comissão de Educação Permanente, auxiliado na elaboração de material educativo e desenvolvido projetos de extensão. É importante esclarecer que POP e protocolos não são sinônimos.

Procedimento Operacional Padrão é um documento que demonstra o planejamento do trabalho repetitivo. Contem a frequência e o responsável pela execução das tarefas, listagem e descrição dos insumos necessários para realizar os procedimentos, por atividades críticas. Também informa os pontos proibidos de cada tarefa e o roteiro de inspeção periódicas dos equipamentos (BRASIL, 2014; VERGANI, 2015).

Os protocolos assistenciais são tecnologias, incluem-se e fazem parte da organização do trabalho em saúde e enfermagem e consistem num importante instrumento de gerenciamento. Na atualidade, valer-se destas tecnologias são prerrogativas das instituições de saúde que prezam pela excelência dos serviços e buscam garantir a segurança dos trabalhadores e usuários (QUADRADO; TRONCHIN, 2012).

Na perspectiva dialética e emancipatória, reconhecer a importância das normatizações e a aplicação dos protocolos de organização dos serviços parece ser contraditória, pois a determinação de normas e padrões está intimamente ligada a um modelo de gestão hierarquizado, caracterizado pela divisão do trabalho e centrado na tarefa em si. Nesta direção, Freire menciona ser próprio da educação problematizadora a “exigência da superação da contradição entre educador–educandos, feita por sujeitos conhecedores do seu contexto. Sem isto não é possível a relação dialógica, indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos cognoscentes², em torno do mesmo objeto cognoscível” (FREIRE, 1987, p -39).

² Sujeitos cognoscentes: constituir-se como um sujeito cognoscente, que tem conhecimentos, que é conhecedor. O ser humano é livre porque pode decidir o que fazer de acordo com o seu pensamento. Isto não significa, obviamente, que o conhecimento esteja isento das interações sociais (FREIRE, 1987, p -39).

Contudo, problematizar a realidade do trabalho num contexto conflitante é inerente às interações humanas e a presença de dissensos parece salutar, quando vistos pela lente da dialética. Pressupõe-se que possa desencadear novos saberes e novas práticas, transformando a realidade a partir das iniciativas individuais e coletivas.

Nesta tese, defendo que a equipe de enfermagem se apropria da construção de protocolos, com pertinência, quando problematiza os atos assistenciais por meio do diálogo crítico-reflexivo, reconhecendo as contradições presentes no contexto do trabalho hospitalar. Com esta afirmação, mobilizo-me para responder a seguinte indagação: como ocorre o processo de construção e apropriação dos protocolos assistenciais no cotidiano do trabalho de enfermagem no contexto hospitalar?

2 OBJETIVOS

O objetivo geral consistiu em analisar como vem ocorrendo a construção e discussão sobre os protocolos assistenciais em um hospital público de alta complexidade. Com esta proposição, delimitou-se como objetivos específicos:

- a) conhecer como ocorre a construção dos protocolos assistenciais;
- b) identificar como a enfermagem se apropria e implementa os protocolos assistenciais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Inicialmente, apresenta-se uma explanação sobre protocolos assistenciais como tecnologias de apoio às equipes, mediante consulta em bases de dados³. Na sequência, aborda-se o marco conceitual do estudo, incluindo um breve histórico de Paulo Freire além dos conceitos-chave norteadores deste estudo.

3.1 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS COMO TECNOLOGIAS DE APOIO ÀS EQUIPES

A tendência atual quanto à avaliação dos pacientes por meio de protocolos sinaliza que os dados coletados pelos enfermeiros, no momento da admissão, são a base para o conhecimento da saúde, bem-estar e as alterações que ocorrerem durante a internação. As comissões internas de controle dos hospitais sugerem que estes dados façam parte, obrigatoriamente, do prontuário do paciente. Contudo, nota-se que ainda faltam instrumentos que avaliem a implementação correta da assistência e confirmem segurança aos pacientes e equipes de saúde (EVATT et al, 2014).

Neste sentido, a elaboração de estratégias diferenciadas para cuidar, a exemplo da construção de tecnologias voltadas a sistematizar a prática de enfermagem são pertinentes e dão suporte para a construção dos protocolos (CRUZ; FERREIRA; VASQUES, 2016)

No presente estudo, o termo protocolos é acolhido não só como a incorporação de equipamentos, ferramentas e materiais à produção, mas um jeito de saber e fazer que atribui significado ao trabalho em saúde, denominado por Merhy e Feuerwerker (2009) como o *modus operandi* do trabalho, que se produz no ato e nas relações com outros trabalhadores e usuários. Destarte, além do conhecimento, a tecnologia é concebida por seus incrementos materiais e não materiais, na produção dos serviços de saúde (COELHO; JORGE, 2009).

³ Bases de Dados consultadas: Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Específica da Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* e *Medical Literature and Retrieval System OnLine (MEDLINE)*. Também acessou-se o Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e os Portais do Ministério da Saúde e da Educação. Os descritores foram: protocolos ou educação em enfermagem e/ou gestão em saúde, com seus respectivos correspondentes na língua inglesa: *protocols or education nursing or health management*. A busca no *Medical Subject Headings (MeSH)*, vocabulário de indexação dos artigos para PubMed foi realizada com os descritores: *protocols nursing and nursing assessment*. Nesse vocabulário virtual os descritores *protocols nursing* são sinônimos de *nursing assessment*.

Sobre a característica da produção imaterial do trabalho, o primeiro grande pensador a incorporar esta terminologia foi o francês Jean Baptiste Say, no século XVIII, ao descrever que o homem precisa atender as suas necessidades e, para isso, se utiliza de bens e serviços, muitas vezes consumidos no momento da sua produção (SANTOS, 2013). É o caso, por exemplo, dos profissionais médicos, enfermeiros, advogados, músicos, dentre outros, que produzem trabalho imaterial, ou seja, não se referem ao consumo, mas, geram riquezas, atendem necessidades e mantêm a sobrevivência das pessoas.

A análise da organização do trabalho em saúde não pode ser separada dos seus instrumentos, haja vista que a produção do cuidado ocorre por meio dos diferentes saberes da equipe multiprofissional e da disponibilidade de tecnologias. O desafio está em equilibrar e/ou adequar o uso das tecnologias, de forma a atender as demandas sociais e respeitar as questões éticas que estão entremeadas com as subjetividades humanas, as quais ultrapassam o saber tecnológico (KOERICH et al., 2006).

Além dessas considerações, é fato que o trabalho ocorre num cenário de globalização⁴ cujas mudanças buscam romper o paradigma da administração clássica, baseada na produção em série, para a reestruturação do mercado, caracterizado pela flexibilização da economia, terceirização, empregos precários, desemprego e informalidade (SILVA; SOUSA, 2011). Contudo, longe de serem homogêneas, as mudanças na produção do trabalho têm sido distintas entre os países, entre as regiões e entre os setores de uma mesma área, tanto nas relações que estabelecem entre si, quanto na própria organização do trabalho (PINTO, 2013).

Freire, Oliveira (2014) instados a comentar sobre a velocidade com que a tecnologia estabelece ou cria mudanças, proferem:

[...] há dois ou três séculos as mudanças aconteciam com espaço de um século. Nós podíamos viver do mesmo jeito por um século, sem muitas mudanças no nosso estilo de vida. Hoje a tecnologia muda nossas vidas diariamente e propõe novos hábitos, novas soluções. [...] estas mudanças alteram profundamente os modos de viver. Eu estou certo que uma das qualidades com que nós temos que nos preocupar é a de adquirir ou criar habilidades de responder a diferentes desafios com a mesma velocidade com que as coisas mudam (FREIRE; OLIVEIRA, 2014, p. 72).

⁴ O termo globalização recebeu vários significados, que, entre as suas mais variadas expressões, objetivam expressar um mundo sem fronteiras, que possibilite uma economia global para os mercados internos já saturados, visando sobremaneira aproximar as nações umas das outras, tudo isto associado à expansão do capitalismo, no mundo. Associado a este conceito, tem-se ainda como definição do termo globalização, segundo a doutrina majoritária, a explosão de valores de um povo, englobando alterações no seu modo de ser, agir e pensar (SOUSA, 2011, p. 2-3).

O contexto teórico do trabalho em saúde é singular e único, sendo oportuno desenvolver estudos que busquem entender os seus múltiplos aspectos. Em análise feita sobre a produção científica nacional, Mandú, Peduzzi e Silva (2012) identificam um vácuo na abordagem dos aspectos macrossociais do trabalho em enfermagem, mesmo com as transformações que estão ocorrendo no cenário de globalização e nos aspectos socioeconômicos e políticos brasileiros. Nesse mesmo estudo, três desafios colocam-se para a enfermagem no que se refere à produção sobre o trabalho: aprofundamento teórico das temáticas que versam sobre os sujeitos e as intersubjetividades no trabalho; o aumento das pesquisas que se voltem para a investigação das matrizes produtoras do trabalho e a ampliação da compreensão das estruturas macrossociais, as quais influenciam a prática de enfermagem.

Não é o objetivo nesta pesquisa estudar os aspectos macroeconômicos que influenciam significativamente no desfecho dos atos assistenciais, no momento em que são produzidos, contudo, não se pode negar a influência direta no trabalho em enfermagem a maneira como a política de saúde no Brasil vem sendo conduzida, principalmente na gestão dos recursos financeiros, sempre insuficientes para as demandas da população.

Proposições sobre protocolos foram encontradas na literatura assinaladas por Sierra Diaz, Medina Lopez e Aramburu (2010), Aydin e Karadağ (2010), Molina Luque e Valenzuela Rodrigues (2011) e Gubert et al (2015) os quais constatam que esse instrumento é uma opção tecnológica imprescindível para organizar a prática assistencial.

Em pesquisa, embora a intencionalidade dos pesquisadores seja a vinculação com a prática, existem lacunas entre a produção do conhecimento e sua aplicação no contexto da assistência. Uma estratégia para aproximar os resultados das pesquisas ao campo da prática profissional é a inclusão de inovações tecnológicas e protocolos, com vistas à evidenciação da investigação científica que corresponda às particularidades das práticas de enfermagem em conjunturas distintas. Há premência de se valorizar a experiência dos profissionais que estão na prática assistencial e agregá-las criticamente à produção de novos conhecimentos, geralmente desenvolvidos no meio acadêmico, de modo a sintetizar esses saberes construídos dialeticamente e incorporá-los ao exercício cotidiano da enfermagem (PAIM et al., 2010).

Outrossim, Silva et al (2014), ao se referirem à avaliação de um protocolo de risco em uma unidade de emergência, afirmam que sua aplicação reiteradas vezes promove o conhecimento adequado das equipes e favorece o hábito de se utilizá-lo.

A *Joint Commission International* (JCI) confere certificado de qualidade às organizações de saúde, incluindo a exigência de protocolos e compromisso da instituição com

a melhoria contínua do desempenho e a excelência do serviço (JCAHO, 2013). No Brasil, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) determina padrões para certificação de instituições prestadoras de serviços de saúde, cujo manual orienta os gestores e gerentes a desenvolverem uma visão sistêmica, de liderança e organização por processos. Também, concentra-se no desenvolvimento de pessoas, no paciente, na segurança, na responsabilidade socioambiental, na cultura da inovação e na melhoria contínua do desempenho das pessoas e áreas (QUINTÃO, 2014).

Uma estratégia de organização interinstitucional vem da parceria feita entre o Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (Coren/SC) e a Prefeitura de Florianópolis, mediante assinatura de Termo de Cooperação Técnica o que desencadeou a elaboração de seis volumes da série de Protocolos, desenvolvidos pela Comissão Permanente da Sistematização da Assistência de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. O uso destes protocolos na prática assistencial permite direcionar os profissionais de Enfermagem para um atendimento mais seguro. Possivelmente esses documentos serão difundidos por meio de um *e-Book*, afirma a representante do Conselho (COREN –SC, 2016).

A legislação é ampla, contudo, destaca-se o objetivo II: “Garantir a qualidade da formação de novos profissionais de saúde e da educação permanente em saúde para os profissionais já atuantes, priorizando as áreas estratégicas do SUS” (BRASIL, 2015, p.4).

Nesse caso, a educação permanente vem com o intuito de promover a qualificação dos profissionais em seu trabalho, no que se refere à necessidade de ter-se um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em funcionamento que atenda os seguintes critérios:

- a) plano de segurança do paciente implementados;
- b) mínimo de quatro protocolos de segurança do paciente em utilização no hospital;
- c) plano de implantação dos demais protocolos de Segurança do Paciente, compatíveis com o perfil assistencial da instituição.

Como afirmam Pires, Amadigi e Albuquerque (2016, p. 20):

[...] a Segurança do Paciente é um programa fortemente defendido por diversas organizações profissionais e de usuários, deveria ser o grande eixo articulador da profissão em todos os campos do conhecimento na aplicação do cuidado de Enfermagem. Este por sua vez, amparado pela Sistematização da Assistência de enfermagem, seria o centro das atenções no campo da formação e das políticas públicas. Valorizar o cuidado de Enfermagem é valorizar os profissionais de enfermagem (PIRES, AMADIGI; ALBUQUERQUE, 2016, p. 20).

No Brasil, o debate em torno da formação profissional de enfermagem já desencadeou várias ações protagonizadas pelos órgãos governamentais, pelas associações profissionais, pelas instituições de ensino, dentre outras. Tais iniciativas constituem-se em desafios à equipe de enfermagem, pois, promover a segurança do paciente depende da maneira como se concretizam as práticas assistenciais e gerenciais e a própria formação oferecida aos profissionais pelas instituições (MELO, 2016).

Correa et al. (2012) e Paes et al. (2014) referem que os protocolos oferecem um modo constante de fazer e integram o conhecimento das práticas de enfermagem às pesquisas atuais. Quando avaliados reiteradamente, podem promover mudanças nas práticas e alcançar resultados melhores junto aos usuários. Constituem-se como ferramentas gerenciais que sistematizam a assistência e facilitam o trabalho. Os profissionais que incorporam o seu uso fomentam melhorias na qualidade do cuidado prestado. Sob outra ótica, os protocolos conferem autonomia aos profissionais, que lhes permite ter maior poder decisório sobre as ações (PAES et al. 2014).

Na produção do conhecimento dos mestrados profissionais em enfermagem, Munari et al. (2014) encontraram relevante preocupação, manifestada pelos profissionais, com a qualificação das instituições de saúde e a importância da aplicação de protocolos, normas e regras nos serviços. Igualmente, é imprescindível produzir conhecimentos e tecnologias que atendam as demandas das práticas profissionais, facilitem os processos decisórios nas diversas instâncias e promovam a saúde da população.

A importância da temática em estudo, no contexto da prática, não está descolada dos avanços da teoria da ciência na última década, especialmente das produções intelectuais nas pesquisas qualitativas, em que se reafirma a importância do contexto histórico na formação dos seres humanos. Contudo, reafirma Minayo (2013), dois grandes desafios da ciência e da tecnologia estão colocados no campo científico na contemporaneidade, aos quais se denominaram de lado externo e lado interno da ciência. O lado externo corresponde às mudanças no trabalho de todas as áreas, capitaneadas pela revolução da microeletrônica, da informatização, o que permite o acesso às informações, cujas inovações são disseminadas rapidamente e em tempo real. Estas transformações têm estimulado readequações nos processos metodológicos das pesquisas, nas organizações de fomento e entidades investigativas. Isso exige trabalhar em redes reais e virtuais e permite aos centros de excelência em pesquisa irradiar o produto do conhecimento com mais segurança e presteza.

Sob o aspecto interno, ampliam-se as possibilidades de articulação entre o desenvolvimento tecnológico e a produção, o que significa uma aproximação mais efetiva

entre o saber construído e as necessidades visíveis da população. Esta possibilidade designa-se pesquisa estratégica (MINAYO, 2013). Aliás, na ciência da enfermagem a premência em aproximar os saberes acadêmicos com a prática efetivamente realizada nas instituições de saúde havia sido apontada por Paim et al (2010), como forma de desenvolver e avançar para uma prática mais segura e eficaz.

Nessa concepção, o presente estudo, busca aproximar o conhecimento produzido sobre o tema à prática de enfermagem efetivamente realizada. Além da construção dos protocolos em hospitais, clínicas e unidades assistenciais, é importante destacar que esses procedimentos devem ter continuidade em nível domiciliar, especialmente, quando se tratar de pessoas que apresentam debilidades. Um estudo multicêntrico que testou um protocolo de intervenção realizado na Alemanha, por Brach et al. (2009), demonstra que os idosos aumentaram a força e o equilíbrio, após um ano inseridos num programa que aplicava protocolos. Outra pesquisa realizada na Austrália aponta que os idosos são mais ativos e fazem exercícios regularmente quando dispõem de um protocolo específico para suas necessidades (BURTON et al., 2013).

A construção de protocolos para estabelecer condutas e fluxos das atividades assistenciais é uma condição exigida das instituições de saúde, para que sejam certificadas como organizações acreditadas. Com base nesse quesito, está em discussão na instituição de estudo, a Portaria Interministerial n. 285/15 que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino.

É importante destacar que o debate em torno da construção de normativas técnicas e de protocolos nesta instituição não é recente. Há anos se experimentavam estratégias, como a elaboração de manuais técnicos, realização de treinamentos, implementação de alguns POP, efetivação de reuniões técnicas periódicas e a criação do setor de educação continuada, com vistas à organização do trabalho de enfermagem. Atualmente, várias comissões de trabalho estão em andamento, sob a responsabilidade da Direção de Enfermagem e coordenadas pela Comissão de Educação Permanente.

A construção e revisão desses instrumentos ocorrem com a participação das professoras da UDESC que estão vinculadas ao hospital, com horas de contrapartida da instituição de ensino. No hospital campo do estudo, os protocolos representam tecnologias mais recentes que se aplicam ao gerenciamento do cuidado, auxiliando na tomada de decisões das enfermeiras. Vinham sendo construídos mediante o estudo e a escrita prévia contando com participação das enfermeiras do hospital.

3.2 MARCO CONCEITUAL À LUZ DA VERTENTE FREIRIANA

A aproximação com as obras de Paulo Freire é de longa data, haja vista ter cursado o ensino médio na escola de normalistas, em que a matriz curricular tinha as disciplinas de Sociologia e Filosofia, momento em que se debatiam as ideias de alguns filósofos e pensadores que enxergavam o mundo além do capital. Posteriormente, cursando a graduação em Enfermagem, na UFSC, me reaproximei do seu ideário e aprofundei os estudos, participando de rodas de conversa, o que me permitiu compreender suas questões emancipatórias e de valorização dos sujeitos.

Antes de discorrer sobre os conceitos-chave deste estudo, apresenta-se um breve histórico de Paulo Freire, com base em informações obtidas nas obras de Gadotti *et al.* (1996), Nyirenda (1996), Souza (2010) e Freire e Oliveira (2014).

3.2.1 Breve histórico de Paulo Freire

O educador Paulo Reglus Neves Freire foi pedagogo, filósofo, considerado um expoente literário do Brasil. Alcançou expressão mundial com seus escritos sobre a educação libertária e popular. Em sua trajetória, iniciada em 1959, demonstrou um referencial teórico para além da pedagogia, cuja essência é contemporânea e fundamental à compreensão dos paradigmas da sociedade atual.

Temas relevantes ensejaram debates, a exemplo da educação libertadora, transformação social, diálogo, autonomia, conscientização dos sujeitos, o processo político, econômico e social de desenvolvimento da sociedade mundial e a influência na política brasileira, dentre outros. É interessante notar em suas obras que as temáticas foram aprofundadas e reinterpretadas de acordo com as mudanças sociais, políticas e econômicas que ocorreram no Brasil e no mundo antes, durante e após o seu exílio que durou 16 anos, a partir de 1964.

Nascido em 1921, oriundo de uma família de Recife (PE), dedicou sua vida ao ideário emancipatório e ao desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, num movimento contrário ao modelo educacional e político brasileiro, vigente à época. Em 1959, escreveu sua primeira obra, que se constituiu na tese para o curso de História e Filosofia da Educação de Belas Artes de Pernambuco, em que provoca o aluno a desenvolver a sua consciência crítica sobre a realidade. Destaca-se a observação de Souza (2010) reinterpretada à luz da atualidade, cogitando-se, por exemplo: como o processo de globalização econômica, que reproduz o

capital e concentra riquezas, pode valorizar o trabalhador como sujeito autônomo e criador do seu *vir a ser*? Paulo Freire foi um estudioso além do seu tempo, acompanhava o desenvolvimento da sociedade. Sua trajetória escrita não é linear. As suas obras, à medida que eram reeditadas, simultaneamente foram atualizadas de acordo com a temporalidade e as transformações da sociedade. Assim, ocorreu com a Pedagogia do Oprimido que foi reescrita como Pedagogia da Esperança. Neste estudo, foram feitos apontamentos mais antigos e outros mais recentes.

Contudo, assim como sugeria não se deve tomar seus escritos como verdades prontas, únicas e implementá-las acriticamente e mecanicamente ao contexto concreto. Ao contrário, Freire combateu veementemente o sectarismo e as verdades acabadas. Compreendia a luta como uma forma de entendimento entre partes antagônicas, como uma categoria histórica e não metafísica.

Seu caminho foi marcado pela incompletude e curiosidade epistemológica, assumidas especialmente no livro “Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido”, editada pela primeira vez em 1992, na qual reflete e praticamente reescreve sua antiga obra, sob uma perspectiva atualizada da realidade circundante (SOUZA, 2010). Em Cartas Pedagógicas, manifestava a sua intencionalidade em abordar, além da educação, as transformações dos demais setores da sociedade que se erigem pelo desenvolvimento da capacidade crítica dos homens e mulheres, culminando em um saber fundamental: de a mudança ser uma questão natural da cultura e da história. Em outras palavras, reafirmou que o ser humano é social e historicamente construído e, ao apreender a realidade, faz um movimento de reflexão e ação, tornando-se um ser mais crítico, lúcido e interatuante.

Quanto ao seu modo de ser, Gadotti et al. (1996, p. 64) definem Freire como um “[...] ser humano feliz, modesto e consciente da sua posição no mundo, viveu sua vida com fé, humildade e alegria contida”. Seu ideário sobre Educação ultrapassou fronteiras, conforme afirmado por Nyirenda (1996), ao se referir a importância da contribuição de Freire para a educação e desenvolvimento da África, em uma conferência na Universidade de Botswana - Nairóbi. Aliás, a influência africana na vida de Freire ocorreu com a Campanha Tanzaniense de Alfabetização, na década de 1970, nas universidades de *Dar e Salaam*, ajudando a organizar os currículos para educação de adultos. Infelizmente, poucos escritos foram deixados dessa época para avaliar a experiência. A todo momento, Freire estimulava o movimento dialético para despertar no ser humano o desejo de transformar a realidade de maneira concreta e consciente da transformação almejada.

Freire partia da concretude do cotidiano das pessoas para fazer abstrações, sempre por meio do diálogo com seus colegas e grupos com os quais trabalhava, nos chamados círculos de cultura. Faleceu em 1997 e, atualmente, seu legado é disseminado pelas suas obras e pelo Instituto Paulo Freire.

3.2.2 Conceitos-chave do estudo

Na vertente freiriana, encontrou-se o alicerce para o desenvolvimento do estudo, tendo-se ancorado em quatro conceitos-chave: mudança/transformação, problematização, diálogo e autonomia. Estes conceitos delinearão as discussões nos grupos focais e foram fundamentais para a análise crítica dos resultados.

3.2.2.1 Mudança/transformação

Freire (1987) compreendia e enfatizava mudança/transformação como inerente ao desenvolvimento da consciência da sociedade, despertada por meio da educação. Para ele, a ação educativa é um ato de conhecimento e conscientização, mediada pelo diálogo singular entre os sujeitos. Neste sentido, reconhece que a transformação ocorre entre:

[...] seres inacabados, inconclusos, *em e com* uma realidade, que sendo histórica também, é igualmente inacabada. Na verdade, diferentemente dos outros animais, que são inacabados, mas não são históricos, os homens e mulheres se sabem inacabados e têm a consciência de sua inconclusão (FREIRE, 1987, p.42).

Além disso, a transformação/mudança acontece no campo político, ideológico, nos costumes, no gosto estético, na linguagem, na moral, na ética, entre outros. Os sujeitos movem-se no meio social e a partir dessa constatação compreendem, decidem, escolhem e valoram o mundo, assumindo uma posição não neutra, intervindo na sociedade de acordo com suas convicções. Homens e mulheres não estão no mundo para tão somente se adaptar, mas para transformá-lo (FREIRE, 2014).

Transformar era um dos temas geradores da prática de Freire, a qual estava intimamente ligada ao desenvolvimento da consciência da sociedade, por meio de uma pedagogia libertadora, cujo papel da educação é fundamental. Transformar em sentido amplo prevê o engajamento de todos para atuar social e politicamente (FREIRE, 1980). A mudança também assume um caráter de processo, pois um sujeito crítico, consciente de si, fundamenta seu presente para então projetar as ideias para o futuro (FREIRE, 2011). Na enfermagem, a

mudança advém da tomada de posição frente às dificuldades do contexto, com vistas a estabelecer relações e condições que possibilitem a autonomia e o desenvolvimento de práticas mais seguras.

Pela crença na transformação das pessoas e compreensão do entorno em que estão inseridas, Freire (2000) propôs a sua prática pedagógica. A partir do contexto concreto e do contexto teórico, mediados pelo diálogo, problematizavam e reinterpretavam a própria realidade, decodificando-a e tornando cognoscível a própria situação existencial (BECKETT, 2013; FREIRE, 1986). Sobre esse tema, explicita Freire:

[...] a mudança é uma constatação natural da cultura e da história. O que ocorre é que há etapas, nas culturas em que as mudanças se dão de maneira acelerada. É o que se verifica atualmente. As revoluções tecnológicas encurtam o tempo entre uma ou outra mudança (FREIRE, 2014, p.32).

O processo de mudança ocorre pela ação dos sujeitos que refletem sobre a sua prática e assumem compromissos. Um ser capaz de analisar seu contexto histórico e dialetizá-lo reunirá condições intrínsecas de transformar a si e ao meio. Como revela Freire (1980, p. 8), “[...] abstrair-se de seu tempo e transformá-lo e transformando-o, saber-se transformado. Ação e reflexão são inseparáveis, para transformar a realidade”.

Para tanto, despertar nos sujeitos deste estudo o desejo de olhar o seu contexto, com vistas a compreender os seus aspectos e apropriar-se criticamente do conhecimento, passa a ser uma das perspectivas promissoras para que ocorra a transformação. A realização dos atos assistenciais e a consequente reflexão no momento em que são produzidos podem facilitar aos sujeitos vislumbrar com mais clareza o microespaço das unidades assistenciais. Contudo a transformação só ocorre quando “[...] os homens se aprofundam na tomada de consciência da situação, e se apropriam dela como realidade histórica, por isto mesmo, capaz de ser transformada por eles” (FREIRE, 1987, p.43). Tomando como exemplo a implementação dos protocolos, apoderar-se deles e saber fazê-los torna-se condição fundamental para que a prática seja segura e transformada.

Transformar depende do conhecimento, das subjetividades dos profissionais e do compromisso de cada um e de todos com a produção da melhor prática. Sob esse aspecto, a relação dialógica que se estabelece com o outro, fundamentada na ética e na compreensão do contexto, é primordial para o êxito da implementação dos atos assistenciais.

3.2.2.2 Problematização

O movimento de ação-reflexão-ação constitui-se na problematização do contexto, que se inicia no processo vivido pelos sujeitos e implica em rever a própria realidade sob um olhar crítico, reconhecendo aquele próprio contexto (FREIRE, 1980). A problematização promissora desencadeia um processo de mudança consciente, cujo diálogo passa a ser uma estratégia de abordagem e uma exigência da condição humana. Este possibilita a comunicação, O entender as contradições, as situações geradoras de estresse e alcançar os resultados (GADOTTI et al. 1996).

A problematização ocorre por meio do diálogo, contudo, não pode ser ingênuo, mas fruto de uma relação entre seres que reconhecem as suas diferenças, imbuídos de compromisso e ética com a prática que se realiza (FREIRE, 2011). Nesse ínterim a transformação se dá quando emerge a tomada de consciência da situação e os homens e mulheres a entendem como realidade histórica, por isto mesmo transformada por eles (FREIRE, 1987).

O processo de problematização é capaz de disparar nos sujeitos a vontade de compreender o que ocorre no contexto em que trabalham, auxiliar na análise dos fatores que promovem uma prática melhor ou que dificultam o trabalho. A “[...] concepção problematizadora reforça a mudança” (FREIRE, 1987, p. 42). À medida em que os sujeitos se identificam entre si, reconhecem os saberes das diferentes categorias presentes no cenário hospitalar, dão o primeiro passo para problematizar o contexto. Nesse caminho, ao estabelecerem um diálogo efetivo, serão capazes de problematizar a sua prática, com vistas a apropriar-se dela, conscientes do compromisso a ser assumido.

No caso da implementação dos protocolos assistenciais, problematizar requer dos sujeitos um olhar mais apurado sobre o contexto, abrir-se ao debate amplo e crítico sobre a organização do trabalho, especialmente na construção dos protocolos e normativas e sobre os propósitos do trabalho em saúde.

Os sujeitos são capazes de se emancipar e adquirem consciência sobre si e o seu entorno, percebem-se fazendo a própria biografia, integrados ao momento histórico em que vivem e coabitam. Ao apropriar-se da teoria os sujeitos ressignificam a sua prática e desta forma fazem o movimento de ação/reflexão/ação, a própria práxis defendida por Freire.

3.2.2.3 Diálogo

Para Freire (1986) o diálogo é aquele estabelecido entre pessoas, faz parte do existir humano, caracterizado pelo encontro entre sujeitos num mundo que necessita de reflexão e ação, com vistas a transformar e humanizar. Para que o diálogo ocorra, alguns pilares são fundamentais: amor, humildade, fé no homem, criatividade, criticidade e esperança. O amor manifestado pelo querer bem ao outro, compartilhando o conhecimento numa relação fraterna e de confiança entre os pares. O diálogo se dá baseado no respeito mútuo e na partilha do conhecimento, reconhecendo-se a incompletude do ser humano. A fé é manifestada pelo *ser mais* e não se constitui em privilégio de alguns, mas um direito a ser exercido, a partir da problematização do contexto e do desenvolvimento autônomo dos sujeitos.

Ao manifestar esses valores universais como fundamentos do diálogo, Freire traz à tona a confiança que deve existir entre sujeitos para *ser mais*. O diálogo é a forma de comunicação com o mundo e se torna um conceito fundamental pois na condição de sujeitos, por meio da práxis, buscam transformar o contexto. Do ponto de vista filosófico, o processo de transformação do mundo é o processo de transformação de homens e mulheres. O mundo é como o sujeito o pronuncia, portanto, o diálogo é o precursor da transformação, já que o ser humano é um ser de relações.⁵

A esperança é o saber construído por pessoas que almejam algo melhor para si e para a coletividade e por este sentimento se movem e intervêm na realidade. O pensar crítico funda-se na curiosidade histórica e socialmente construída, não ocorre automaticamente, mas é resultado de uma prática consciente e deliberada (FREIRE, 1996; DAVID; FREIRE, 2013). Ainda sobre esse conceito, Freire afirma:

[...] o diálogo fenomeniza e historiciza a essencial intersubjetividade humana; ele é relacional e; nele, ninguém tem iniciativa absoluta. Os dialogantes “admiram” um mesmo mundo; afastam-se dele e com ele coincidem; nele põem-se e opõem-se. Vimos que, assim, há consciência da existência e busca perfazer-se. O diálogo não é um produto histórico, é a própria historicização. É ele, pois, o movimento constitutivo da consciência que, abrindo-se para a infinitude, vence intencionalmente as fronteiras da finitude e, incessantemente, busca reencontrar-se além de si mesma. Consciência do mundo, busca-se ela a si mesma num mundo que é comum; porque é comum esse mundo, buscar-se a si mesma é comunicar-se com o outro. O isolamento não personaliza porque não socializa. Intersubjetivando-se mais, mais densidade subjetiva ganha o sujeito. (FREIRE, 1987, p. 9)

⁵ Reflexões em sala de aula, durante a disciplina de Concepção Freiriana na Educação Escolar, ocorrida em 23/05/2016, com base no livro Pedagogia da Solidariedade (2014).

Destaca-se que este estudo se apoia no diálogo efetivo entre os profissionais, como uma possibilidade de assegurar que os protocolos sejam implementados visando à otimização do trabalho o qual repercutirá na melhor qualidade e segurança dos atos assistenciais.

3.2.2.4 Autonomia

Freire não expressa textualmente o que entende por autonomia, mas, a partir de seu pensamento sócio-político-pedagógico, “[...] pode-se dizer que autonomia é a condição sócio histórica de um povo ou pessoa que tenha se libertado, se emancipado das opressões que restringem ou anulam a liberdade de determinação” (ZATTI, 2007, p.38).

O desenvolvimento da autonomia dos sujeitos é um dos pilares deste estudo, alinhado ao pensamento de Freire (1996, p. 33), quando afirma: “[...] mulheres e homens, seres histórico-sociais, nos tornamos capazes de comparar, de valorar, de intervir, de escolher, de decidir, de romper, por tudo isso nos fizemos seres éticos”.

Os estudos de Freire demarcaram uma época no Brasil, identificada como um modo diferente de ver a educação e a sociedade. Sua percepção era ética, solidária, sensível e multicultural. Estes ideários continuam atuais, por serem colunas de uma sociedade humanista. Os conceitos e pressupostos explicitados nas obras de Paulo Freire estão intimamente ligados, especialmente quando se referem aos sujeitos como promotores do seu próprio desenvolvimento (FREIRE, 1996).

A autonomia acontece quando o ser humano assume ser inconcluso, inacabado, respeita a si e ao outro como um ser em constante transformação. Tem consciência da dignidade e da individualidade pessoal e se coloca no mundo em posição de constante busca. À medida em que se desenvolvem, os sujeitos compreendem o seu contexto, atuam criticamente e ampliam a sua autonomia e saber.

Ao problematizar, dialogar e transformar a realidade é possível os sujeitos se emanciparem e adquirirem consciência sobre si e o seu entorno. Por meio da consciência, percebem-se trilhando a própria história, integrados ao momento em que vivem e coabitam (FREIRE, 1996). Os sujeitos serão capazes de exercer a sua autonomia mediante aproximação coerente entre o pensar, o dizer e o agir, que sintetiza a reflexão e a ação de decidir sobre si com vistas à transformação. Dessa forma, desvela-se fundamentalmente o modo de ser, viver, pensar, sentir e agir, enfim, da opção de vida de sujeitos, conscientes do seu papel na sociedade (SOUZA, 2010).

No contexto hospitalar, exercer a autonomia é um desafio constante, haja vista a complexidade dos atos assistenciais, as interações entre diferentes categorias que prestam serviço, por vezes conflituosas, competitivas e, especialmente, os objetivos de cada profissional, eventualmente antagônicos entre si e com aqueles da instituição. Ainda, pondera-se acerca de peculiaridades do trabalho em saúde e enfermagem, no âmbito hospitalar. Em se tratando do cuidado contínuo, nas 24 horas, os profissionais atuam em equipes de revezamento de horário, nas várias profissões, demandando ações interdependentes, compartilhadas e outras complementares. Campos et al. (2014) afirmam que tais especificidades remetem a considerar a autonomia relativa, à medida que cada categoria profissional tem as suas atribuições específicas em razão dos núcleos de saberes, porém, também exercem ações compartilhadas e/ou complementares, em razão do mesmo objeto de trabalho.

Assumir-se incompleto, nesse cenário, demanda ter coragem e conhecimento para se emancipar como sujeito e firmar a sua função autônoma e única. A autonomia na implementação dos protocolos assistenciais poderá ser conquistada mediante o enfrentamento das dificuldades colocadas na organização do trabalho, pela aplicação do conhecimento aprendido e acumulado, bem como pelo diálogo que media a construção coletiva. Ser autônomo é uma questão de atitude, de assumir o trabalho com responsabilidade, ética e desejo de fazer o que é correto.

4 MÉTODO

Este capítulo versa sobre o tipo de pesquisa, o cenário da prática, os participantes envolvidos, com os respectivos critérios de inclusão e exclusão, modalidade de coleta e análise das informações, as precauções éticas e a legislação que amparou o estudo. Na explanação deste tópico, seguiram-se os critérios consolidados para relatos de pesquisa qualitativa (COREQ). (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

4.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo caracterizou-se como qualitativo. Essa modalidade referida por Demo (2012) é geradora das reflexões as quais permeiam esta pesquisa e encontram ressonância no referencial teórico freiriano por ser “um conjunto solidário de duas dimensões indicotomizáveis: reflexão e ação. Daí que toda palavra verdadeira, é práxis” (FREIRE, 1980

4.2 CONTEXTO CONCRETO – CENÁRIO DA PRÁTICA

O contexto concreto conforme a definição apontada por Freire (1986) é o lugar, o campo de atuação, a área onde ocorre a situação. Então, é um município, principal polo agroindustrial da mesorregião oeste de Santa Catarina, que engloba mais de 200 municípios e assiste a uma população estimada em 1,1 milhão de habitantes. Pelo último registro censitário a população de Chapecó era de 183.530 habitantes, sendo 168.113 residentes na área urbana e 15.417 na área rural (IBGE, 2015). Em meio a esse cenário está localizado o Hospital Regional do Oeste cujos serviços abrangem uma população que transcende os limites geográficos do estado de Santa Catarina. A instituição é referência para as regiões do oeste e meio-oeste de Santa Catarina, sudoeste do Paraná e noroeste do Rio Grande do Sul. Na figura 1 destaca-se essa região:

Trata-se de uma entidade declarada de Utilidade Pública Municipal e Estadual pela Lei número 3.796, de 4 de dezembro de 1997 e número 10.739, de 7 de maio de 1998; Portaria do Ministério da Justiça 1.570, de 9 de junho de 2004, reconhecido com fins filantrópicos pelo Conselho Nacional de Assistência Social e pela Resolução 54, de 6 de abril de 2005 (AHLVF, 2016).

Em 12 de outubro de 1997, o Governo do Estado de Santa Catarina criou o Conselho de Administração do Hospital Lenoir Vargas Ferreira (AHLVF). Nessa época, esse Conselho

desenvolveu uma análise do perfil técnico-administrativo do hospital, com o objetivo de adequá-lo como referência da região oeste. Uma vez concluídas as análises, o Conselho iniciou a transição da Sociedade Beneficente Lar da Fraternidade para o Consórcio Regional de Municípios. O Consórcio Regional de Saúde do Hospital Lenoir Vargas Ferreira passou a administrar o Hospital Regional do Oeste (HRO), sob esta nova denominação, em janeiro de 1998 (AHLVF, 2016).

Figura 1 – Área geográfica de abrangência do Hospital Regional do Oeste



Fonte: <https://www.google.com.br/search?q=mapa+da+região+sul&tbm=isch&imgil>

Atualmente, o hospital dispõe de 319 leitos para pacientes internados e serviços ambulatoriais. Cerca de 85,0% dos atendimentos são por meio do SUS. Possui 18 unidades de atendimento distribuídas em unidade médica, unidade cirúrgica, ortopedia, unidade de traumatologia, ambulatório, unidade de neurologia, unidade de oncologia, quimioterapia, radioterapia, maternidade, obstetrícia, centro cirúrgico, central de material e esterilização (CME), unidade de emergência, unidade de tratamento intensivo (UTI) geral, UTI neonatal e, enfermagem do trabalho.

A instituição tem 973 profissionais, sendo 73 enfermeiros, 364 técnicos de enfermagem e 18 auxiliares de enfermagem. Os demais são das áreas administrativas, zeladorias, serviço de vigilância, serviço de limpeza, serviços gerais, dentre outros (AHLVF, 2017). Tem uma taxa de ocupação de 84%. A figura 2 ilustra a parte externa de edificação hospitalar.

Figura 2 – Vista externa do Hospital Regional do Oeste (HRO)



Fonte: http://www.relatecc.com.br/hro/?page_id=142

A organização do trabalho de enfermagem ocorre em regime de plantões diários, nos seguintes horários: matutino (07h00 as 13h00), vespertino (13h00 as 19h00) e noturno (19h00 as 07h00) com jornada de 12 horas por 36 horas de repouso. Hierarquicamente, a equipe é constituída de enfermeiros coordenadores, assistenciais e *training*⁶. Os enfermeiros coordenadores trabalham oito horas diárias, de segunda a sexta-feira, e realizam um plantão de 12 horas por mês, em final de semana, totalizando 44 horas semanais para todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem, em regime celetista. A forma de admissão dos profissionais é mediante a realização de prova teórica e entrevista.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES

O estudo, de enfoque qualitativo, foi realizado com enfermeiros, técnicos de enfermagem e membros da Comissão de Educação Permanente de um hospital público, totalizando 16 profissionais. A coleta de informações ocorreu entre os meses de janeiro a maio de 2016, por meio de grupos focais.

A técnica de GF permite investigar uma questão em profundidade, além de despertar nos participantes ideias que, ao serem colocadas no grupo, suscitam percepções diferentes sobre o mesmo fenômeno (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999). Também, Leopardi (2001) e Minayo (2014) assinalam ser possível identificar, pelas falas do grupo, as experiências

⁶ Enfermeiro, recém-formado, contratado por tempo determinado.

relacionadas a um tema específico e aprofundar a interação entre os participantes, gerando consensos ou explicando divergências. Outrossim:

[...] é necessário considerar que, num grupo, várias redes se cruzam, cada qual portando seus valores, crenças, medos, afinidades e mecanismos de defesa. O patrimônio acumulado de cada indivíduo, repleto dessa herança coletiva, traduz as nuances do processo de comunicação do grupo do qual ele faz parte, que é peculiar e único. (CARDOSO; DALL'AGNOL, 2011, p. 1413)

Em meio a esta condição é que se amplia a compreensão do grupo sobre um tema que faz parte do dia-a-dia e, por vezes, não é lembrado individualmente. O grupo focal é idealmente composto de 10-15 participantes, considerando que este favorece o andamento dos debates, conforme apontam Dall'Agnol e Trench (1999). No entanto, a composição pode oscilar para grupos maiores ou menores, pois, importa a qualidade dos debates, tal como ocorreu no presente estudo, descrito a seguir e compilado nos quadros 1 e 2.

Quadro 1- Caracterização dos grupos focais

Participantes	Data dos encontros	Presentes
GF1 = 9 participantes (5 Enfermeiras + 4 Técnicas de Enfermagem)	27/01/2016 (1º)	9
	03/02/2016 (2º)	8
GF2 = 7 participantes (Membros da Comissão de Educação Permanente)	10/03/2016 (1º)	5
	15/03/2016 (2º)	7
GF3 = 16 participantes (Membros GF1+GF2)	09/05/2016 (Encontro integrador)	11

Fonte: informações da pesquisa, 2016

O Grupo Focal 1 (GF1) constituiu-se de enfermeiras e técnicas de enfermagem, oriundas de quatro unidades assistenciais para adultos. A seleção das participantes para este grupo ocorreu mediante a técnica de *snowball* entre os profissionais de enfermagem do turno da tarde. Assim, inicialmente, foi feito convite à enfermeira responsável pela Educação Continuada, considerando a importância desse âmbito na discussão dos protocolos, a qual indicou uma enfermeira das unidades de internação e esta sugeriu outra até completar o módulo de quatro enfermeiras; a última enfermeira indicou uma técnica de enfermagem que, por sua vez, recomendou outra e, assim, sucessivamente, até completar o módulo também de quatro participantes dessa categoria profissional. Dois encontros foram efetivados com esse grupo, composto de nove participantes.

O Grupo Focal 2 (GF2), constituído de membros da Comissão de Educação Permanente, foram convidados pessoalmente pela pesquisadora. Da mesma forma que o anterior, dois encontros se sucederam com esse grupo. A finalidade principal consistiu em debater acerca da construção/elaboração dos protocolos assistenciais. Dos 15 membros da Comissão cinco compareceram no primeiro encontro e sete no segundo, conforme o quadro 1.

Em posse dos resultados parciais dessas etapas, houve um momento integrador entre os participantes dos Grupos Focais 1 e 2, nominado de Grupo Focal 3 (GF3). O encontro teve a finalidade de (re)formular estratégias para dar sequência à implementação de protocolos assistenciais.

O quadro 2 fornece um panorama relativo à frequência nos debates, com atribuição de códigos aos participantes, cuja legenda remete à categoria profissional dos mesmos.

Quadro 2 - Códigos atribuídos aos participantes e frequência aos encontros dos grupos focais

Data→	27/01/2016 (1º encontro)	03/02/2016 (2º encontro)	10/03/2016 (1º encontro)	15/03/2016 (2º encontro)	09/05/16 (Encontro Integrador)
Participantes ↓	Grupo focal 1 – Enfermeiros e técnicos de enfermagem				
E1	✓	✓			✓
E2	✓	✓			✓
E3	✓	✓			✓
E4	✓				
EEC	✓	✓			✓
TE1	✓	✓			✓
TE2	✓	✓			
TE3	✓	✓			
TE4	✓	✓			
Participantes ↓	Grupo focal 2 – Membros da Comissão de Educação Permanente				
MCEP 1			✓		
MCEP 2			✓		
MCEP 3			✓	✓	
MCEP 4			✓	✓	
MCEP 5			✓	✓	✓
MCEP 6				✓	✓
MCEP 7				✓	✓
MCEP 8				✓	✓
MCEP 9				✓	✓
MCEP10					✓
TOTAL	9	8	5	7	11

Fonte: elaborado pela autora, 2016

E – Enfermeira. **EEC** - Enfermeira da Educação Continuada. **TE** - Técnico de Enfermagem. **P** – Pesquisadora. **AP** - Assistente de Pesquisa. **MCEP** – Membro da equipe de Educação Permanente

O critério de inclusão dos participantes dos Grupos Focais consistiu no interesse em discutir o tema proposto. O critério de exclusão estabelecido recaiu na impossibilidade de comparecer nas datas e horários dos encontros.

A pesquisadora doutoranda moderou os debates e uma assistente de pesquisa, doutora, com experiência no desenvolvimento desta técnica, exerceu o papel de observadora não participante durante os encontros. Adiciona-se a informação de que, ao final de cada encontro, a pesquisadora/moderadora e a assistente de pesquisa faziam a síntese do debate do dia com vistas a consolidar as informações e organizar o próximo encontro.

Conforme se verifica nos quadros 1 e 2, houve forte adesão dos participantes nos respectivos grupos focais. Cada encontro teve duração de uma hora e 30 minutos e todos transcorreram na sala de estudos do hospital campo do estudo, em condições adequadas às atividades nessa modalidade de coleta de dados. Foram utilizados guia de temas para cada encontro, conforme os Apêndices A, B e C

4.4 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

O tratamento das informações ocorreu por meio de Análise Temática, seguindo-se a preconização de Minayo (2014), cuja finalidade é descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e que tenham significado e relevância para o estudo. Operacionalmente, esta análise deu-se em três etapas:

- a) pré-análise que se constituiu de uma leitura flutuante. Desde o primeiro encontro, logo após a transcrição, foi se constituindo o *corpus* da pesquisa identificando-se os diálogos relevantes, a partir da leitura e interpretação do material produzido juntamente com as impressões da observadora não participante;
- b) após a exploração do material, com o auxílio do software *Nvivo10* se buscou a classificação, categorização, formação unidades de registro por temas.
- c) tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. Os resultados brutos foram analisados, abstraindo-se as informações relevantes. Assim se construíram as categorias descritas nos resultados.

Operacionalmente, utilizou-se o *software Nvivo10* para organizar as informações. A licença desta ferramenta foi adquirida pela doutoranda, junto a empresa *Sofftop* – Comércio de *Softwares*, sob o número NVT10-LZ000-BG52U-SH00K-8KWNR.

4.5 RIGOR DA PESQUISA E ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi apresentado à Gerente de Serviços do hospital, que por sua vez encaminhou para análise da Comissão de Educação Permanente do Hospital Regional do Oeste (CEO/HRO)⁷. Posteriormente, o estudo recebeu anuência da gerência de serviços, conforme descrito no Anexo A. Com estes trâmites garantiu-se acesso ao cenário para a pesquisa.

Após o Exame de Qualificação o projeto auferiu parecer favorável da Comissão de Pesquisa em Enfermagem da UFRGS (COMPESQ-ENF) sob número 29946/15. O mesmo foi cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado com o número 1.348.999 e CAAE 50337315.6.0000.5347 (ANEXO B).

Os participantes dos grupos focais concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES D, E e F) em duas vias de igual teor, sendo que uma permanecerá consigo e outra com a pesquisadora. A pesquisa não acarretou ônus nem pagamento e/ou benefícios financeiros para os participantes.

Os encontros gravados em áudio foram transcritos na íntegra, cujo material será guardado por cinco anos após a publicação dos resultados, em local seguro. Em seguida, o mesmo será descartado. Houve garantia à livre participação, à confidencialidade das informações e ao anonimato. A validação das falas e diálogos foi oportunizada no encontro integrador dos GF1 e GF2. Os códigos atribuídos aos participantes deste estudo foram E para Enfermeiros, EEC para Enfermeira da Educação Continuada, TE para Técnicos de Enfermagem, MCEP para Membros da Comissão de Educação Permanente, com o respectivo número sequencial. Ainda, o P para pesquisadora e AS para Assistente de Pesquisa. A assistente de pesquisa registrava o código do participante, em uma tabela, de modo a facilitar posteriormente a seleção das falas.

A pesquisa implicou em riscos mínimos aos participantes. Embora tenha sido realizada em ambiente apropriado, considerou-se a possibilidade de causar algum desconforto durante as reflexões sobre a temática. No entanto, não se deparou com nenhuma manifestação nesse sentido. Os benefícios indiretos consistiram na ampliação de conhecimento sobre o tema com possíveis repercussões no próprio ambiente de trabalho, campo do estudo, com vistas ao

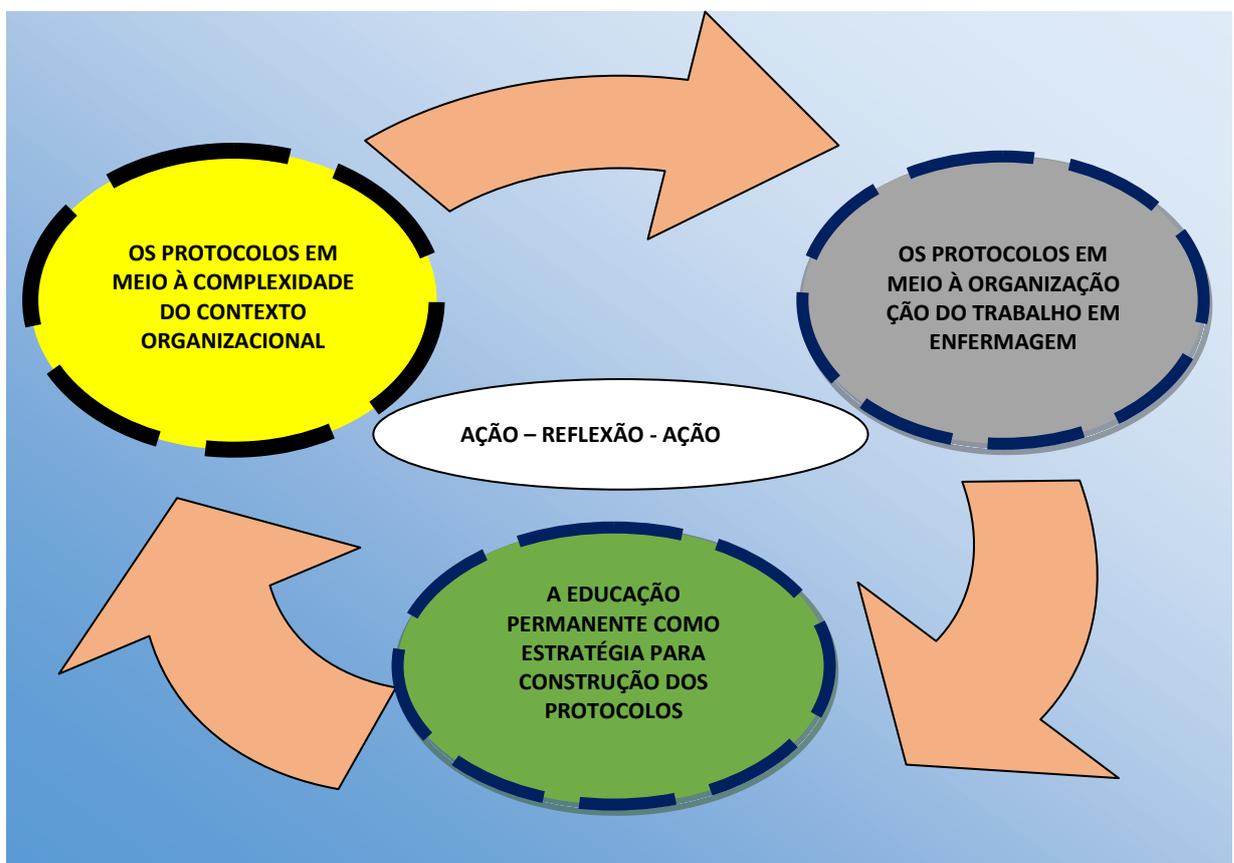
⁷ A Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira - Hospital Regional do Oeste – campo de coleta de informações não dispõe de Comitê de Ética em Pesquisa cadastrado na Plataforma Brasil.

aprimoramento de normativas técnicas e da consoante articulação da equipe de enfermagem, em se tratando da aplicabilidade de protocolos assistenciais. Destaca-se que todos os atos foram amparados na Resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram agrupados em três categorias temáticas: os protocolos em meio à complexidade do contexto organizacional, os protocolos em meio à organização do trabalho em enfermagem e a educação permanente como estratégia para construção dos protocolos, ilustradas na figura 3.

Figura 3 - Categorias Temáticas



Fonte: Elaborado pela autora, Krauzer (2017).

Com a expressão das categorias temáticas em formas circulares, com contornos pontilhados, busca-se intencionalmente assinalar que a implementação dos protocolos está em processo de construção. Este momento representa um recorte histórico pelo qual passa a instituição, com as impressões dos participantes e as análises preliminares da pesquisadora. A ilustração também faz alusão à complexidade dos contextos teóricos e práticos entremeados e em constante movimento, cujas linhas pontilhadas significam a abertura para diferentes

possibilidades de fazer e ser. As setas em curva sugerem que o conhecimento não é estático. Por meio do diálogo o conhecimento circula favorecendo a análise e a síntese da ocasião vivenciada. Os resultados desvelados pelas palavras expressadas nos grupos ocorreram numa relação dialética contínua, cuja intencionalidade buscava encontrar alternativas à resolução dos problemas e estabelecer estratégias para desenvolver a melhor prática. Neste sentido, Gadotti et al (1996) complementa que não se pode pensar corretamente o contexto se o resultado dessa relação não ajudar a melhorar o trabalho diário.

5.1 OS PROTOCOLOS EM MEIO À COMPLEXIDADE DO CONTEXTO ORGANIZACIONAL

Para organizar o serviço de enfermagem, inicialmente, o hospital deteve-se na criação dos Procedimentos Operacionais Padrão que são instrumentos comuns na Enfermagem e contém o passo a passo das ações necessárias para o desenvolvimento de uma atividade ou procedimento técnico. Posteriormente estes profissionais debruçaram-se sobre a construção de protocolos, se organizavam em pequenos grupos, revisavam os protocolos e demais instrumentos que já existiam, atualizavam e os implementavam de acordo com o serviço que mais demandava, ou, como referiram alguns participantes “os que mais necessitavam”. O diálogo a seguir ilustra essa constatação:

- acho que a construção dos protocolos foi pela demanda de usuários e necessidade dos profissionais, então, as situações que a gente estava vivenciando e iniciou pelo protocolo de lesões de pele e pelo de PCR, depois tivemos que acelerar um pouco a construção dos demais pela questão da segurança (criação do Núcleo de Segurança do Paciente) e agora todos estão sendo readequados, pelo novo modelo para que de fato seja um protocolo. (E1)

(Fonte: GF 1, Encontro 1, 27/01/2016)

- Então, para cada protocolo foi estipulado um grupo de profissionais responsáveis pela elaboração, por exemplo: para o protocolo de cirurgia segura foi designado um enfermeiro assistencial e mais dois profissionais para elaborarem. E assim foram formadas várias comissões de trabalho com essa finalidade. Isso está em andamento. (E2)

(Fonte: GF 1, Encontro 2, 03/02/2016)

Dentre os protocolos construídos, os participantes distinguiram o protocolo de atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR). Foi o primeiro a ser implementado em 2012 e ocorreu de acordo com a concepção de prática que eles consideram adequada: foi escrito por uma comissão de profissionais do serviço daquela época e, posteriormente, socializado e

discutido por meio do estudo teórico e de simulações feitas na própria unidade de trabalho. Foi comentado no grupo:

- *esse protocolo de PCR, eu acho que foi o melhor porque foi posto em prática. Primeiro foram feitas simulações nas unidades com o boneco. Era sempre agendado, organizado com o setor. Eu acho que esse último treinamento que eles fizeram foi bem mais real, tem que fazer isso. Por exemplo: cadê o material, colocaram toda pressão na equipe como se fosse de verdade, na família também. (TE1)*

- *A capacitação em PCR feita primeiro teoricamente e num segundo momento, o treinamento no boneco. Depois a equipe fazia a simulação na unidade, os profissionais não sabiam, era tudo combinado com o coordenador. Foi um aprendizado marcante e real. (E2)*

(Fonte: GF 1, Encontro 1, 27/01/2016)

Sobre simulações frequentes, Silva *et al.* (2014) apontam que exercitar um protocolo reiteradas vezes promove o conhecimento e o hábito à sua utilização. Pelo diálogo, distingue-se o atendimento em PCR como uma prática que marcou a equipe e foi mencionada em vários momentos de discussão nos grupos focais.

Além do protocolo de atendimento em PCR, os participantes se referiram aos protocolos de prevenção e tratamento de lesões de pele, aspiração de vias aéreas, transplantes e doação de órgãos, Sistema *Manchester* de classificação de risco e o protocolo de precauções e isolamento além de outros constantes no anexo A. A aplicação destes também já aconteceu em algumas unidades.

As situações referidas constituem-se na relação dialética entre os contextos concretos e teóricos. Ao expor-se o caminho trilhado e o *modus operandi*, abre-se o debate sobre os diferentes olhares de um mesmo contexto, desvelando-se a realidade com suas contradições e incompletudes, tal qual é a vivência em sociedade. Todavia, esse movimento busca, implicitamente, alcançar a melhor prática ou a prática mais segura possível de ser realizada. Esse fenômeno encontra pertinência no dizer de Erdmann *et al.* (2015, p.385):

[...] as manifestações devem ser escutadas e seus pontos de vista considerados no esforço de transformações. A coleta e posterior difusão de saberes e práticas consideradas melhores, em relação ao cuidado em saúde, pode promover a propulsão dos serviços enquanto processos e produtos relacionados à atenção e assistência à saúde, bem como a transformação dos sistemas de cuidado em direção as melhores condições de vida e saúde das pessoas.

Novamente se destacou o protocolo de atendimento à PCR, não obstante, faz-se uma ressalva quanto ao período de tempo a que se referem os participantes, pois nem todos os integrantes dos grupos focais trabalhavam na instituição quando se iniciou o processo de

implementação de protocolos, portanto, por vezes, aludiram ao que foi feito e em outros momentos ao que estava por vir, como esclarecido em depoimento do GF 2.

O protocolo que teve mais êxito foi o de PCR, porque a gente saiu da lógica de só trazer a informação e capacitar. As pessoas envolveram-se na própria construção e implementação. Acho que foi um ganho grande. A gente percebeu o quanto as equipes produzem de conhecimento. Acho que na época participaram em torno de 20 pessoas, foi in loco, nos setores. (MCEP7)

Fonte: GF 2, encontro 2, 15/03/2016)

Na concepção de Freire (1986), pode-se entender esse processo como uma *ação dada* que é algo que não se pode mudar e uma *ação que está sendo* cuja característica é o constante movimento. Por essa razão, os seres humanos e a sociedade jamais podem considerar-se como algo acabado.

Nesse sentido, as ações feitas por seres humanos não serão iguais, pois a cada novo movimento, outros aspectos do mesmo contexto teórico dos grupos vão emergir e mostrar-se opostos. Apesar de o protocolo de atendimento à PCR ter sido apontado como a experiência mais marcante e efetiva entre os participantes, em algum momento não foi suficiente para dar conta da sua complexidade, realçado pela manifestação:

[...] os profissionais entram em choque, ficam apreensivos, nem sabem o que fazer primeiro. [...] na verdade, no meu setor foi feito uma vez só, até falei para as meninas levarem o material para a casa, dar uma estudada. [...] quando forem buscar o desfibrilador tragam o carrinho também. (E1)

(Fonte: GF 1, Encontro 1, 27/01/2016)

Freire (1987), ao se referir ao diálogo como uma exigência existencial, o faz com a intenção de demarcá-lo como um ato de solidariedade, em que ocorre a reflexão e ação dos sujeitos intentando a transformação humanizada.

A vivência do protocolo de atendimento à PCR suscitou na equipe sentimentos como a solidariedade, empatia, a colaboração entre os profissionais, os saberes compartilhados e a possibilidade do erro. Também, sensibilizou os profissionais que ouviram falar da experiência, pois, foi mencionada em quatro encontros de GF.

A problematização realçada por Freire surge ao se distinguirem os diferentes saberes que permeiam a prática profissional de cada um e a de todos. Respeitar o saber de cada um, suas histórias de vida e suas trajetórias são condições determinantes para a reflexão crítica da realidade. Desta maneira, confrontam-se subjetividades, identificam-se semelhanças e dessemelhanças, abrindo uma possibilidade de se estabelecer projetos comuns, em meio às

diferenças. Outrossim, ressalta-se a importância do diálogo como um dos pilares que oferece sustentação à elaboração e implementação dos protocolos.

É interessante observar que, ao se referir ao diálogo, Freire (1987) reporta-se aos valores fundamentais da vida: o amor pela humanidade como um dos componentes básicos que deve nortear as ações dos profissionais da saúde; a humildade em admitir não saber tudo e reconhecer-se inacabado; a crença manifestada pela liberdade de expressão, de professar e acreditar no outro e em algo superior, que promove a esperança de viver.

Trazer à tona a amorosidade, resgata um valor fundamental na enfermagem que é o cuidado humanizado, sem o qual não há possibilidade de se estabelecer uma relação significativa com o outro ser. Mesmo nas contradições reveladas nos diálogos, a amorosidade se faz presente, pois ao constatar-se um contexto adverso, foi possível refletir e apreender sobre ele. Quanto a este aspecto, Fischborn (2013) afirma que conviver com situações reais de trabalho desvendam a complexidade e, muitas vezes, não se consegue colocar em protocolos a abrangência de atuação de cada profissional de enfermagem.

A avaliação da práxis surgiu como uma possibilidade para explicitar o modo de operar dos profissionais que lidam com os protocolos, o que exigiu atentar para a organização e gestão do trabalho em enfermagem. De maneira obsequiosa, participantes inferiram sobre a necessidade do debate sobre o processo construído, tendo em vista os elementos da organização do trabalho constituírem-se temas importantes para estabelecer estratégias de ação a assegurar as boas práticas em saúde.

Os profissionais de enfermagem avaliam o resultado de algumas práticas por meio do preenchimento de formulários. Estes se referem ao modo de fazer, revelando a preocupação imediata da equipe em atender as necessidades do paciente, no ato da sua produção. Contudo, ainda não estão sistematizadas a ponto de se apresentarem como um instrumento de gerência, como retratados nos comentários:

- [...] a gente tem um formulário em que se avalia o resultado dos cuidados. Por meio destes se avalia e se dá o retorno dos dados a equipe. Por exemplo: sabe-se que o colchão piramidal com capa não é efetivo, então se retirou a capa. (E3)

(Fonte: GF 1, Encontro 1, 27/01/2016)

- É, nós até temos alguns dados de avaliação, ah [...] isso melhorou um pouco, mas aí, até chegar na gestão, como você vai falar isso? Às vezes expõe as fragilidades da enfermagem. (MCEP7)

(Fonte: GF 2, Encontro 2, 15/03/2016)

Esta modalidade incipiente de avaliação provocou constrangimentos no grupo, com o entendimento de que já deveriam estar mais avançados na questão da avaliação. O desassossego interpretado neste estudo “não como um estado de consciência de um indivíduo cansado, que dela pode se distanciar mediante uma distração” como afirma Kosik (1976, p. 72), mas como uma falta de apoio para prosseguir nas atividades inerentes a organização do trabalho e pela divisão de atividade entre enfermeiros assistenciais e enfermeiros coordenadores. A preocupação manifestada não só pelo fazer, mas também pela sua continuidade, tentando socializar as próximas intervenções, como explicitado na fala:

- O enfermeiro assistencial, ele cuida mais da parte da prevenção das lesões, então ele vai utilizar os cremes, spray para prevenção de úlcera e o enfermeiro da comissão de lesão de pele faz o tratamento, papáína, por exemplo. (E4)

(Fonte: GF 1, Encontro 1, 27/01/2016)

Caldana et al. (2013) assinalam que o objetivo final da avaliação da prática é prestar um cuidado seguro ao paciente. Tal cuidado envolve vários aspectos que devem ser revistos na prática, por meio da orientação diária realizada pelo enfermeiro à equipe. Entretanto, além da orientação cotidiana, vislumbra-se ampliar o olhar para Educação Permanente (CARRARO et al. 2013). Mesmo que se constitua um desafio difícil e complexo, a qualidade deve ser priorizada pelas instituições de saúde e pelos profissionais que as integram. Além disso, Carraro et al. (2013, p.15) afirmam que “a segurança do paciente é um dos critérios básicos para a adesão da instituição à Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”⁸.

O relato da prática não está alheio ao processo de construção do conhecimento, pelo contrário, é fruto do momento histórico em que vivem os participantes e a própria instituição. Neste sentido, Campos (2011) sugere a adoção dos paradigmas da razão e da lógica da dialética, para explicitar a relação entre o conhecimento e a complexidade da práxis, ao esclarecer:

[...] a razão da práxis é a lógica dialética que reconhece contradições, paradoxos e aporias, buscando orientar a ação humana a partir de sínteses construídas pelos autores envolvidos em cada processo. [...] A variabilidade dos casos e a complexidade do processo – práticas sociais e da subjetividade – dificultam a aplicação automática do saber prévio, exigindo-se, portanto, reflexão e criatividade do agente da prática. (CAMPOS, 2011, p. 3034)

⁸ Aliança Mundial para a Segurança do Paciente foi criada em outubro de 2004 pela Organização Mundial da Saúde com o objetivo de dedicar atenção ao problema da segurança do paciente.

Outrossim, como já foi assinalado há quase duas décadas, na área da saúde e na enfermagem prevalece a racionalidade tecnológica, uma vez que persistem ainda “os valores perseguidos pela Modernidade sobretudo a razão como valor maior” (KIRCHHOF, 2003, p. 670). De acordo com Ischape et al. (2015), as transformações na organização do trabalho em saúde ainda são incipientes e insuficientes para contrapor o predomínio das teorias clássicas e burocráticas

Pelos diálogos estabelecidos nos grupos se percebe a iminente necessidade de avaliar a situação no momento da sua produção, ou seja, a de fazer corretamente aquelas ações que haviam sido pensadas e discutidas pelas equipes, as quais culminaram com a execução de um protocolo. Não obstante, além da premência em se obter o resultado, afirma Campos (2011), pode-se agregar algum valor aquele ser humano, de modo a mudar a sua prática, melhorar as relações interpessoais e fazer um melhor cuidado. Esse movimento de reflexão e ação, mesmo que timidamente, revela o que Freire (1980) alude quando os sujeitos se encontram em transição, de uma consciência ingênua para uma consciência crítica.

A avaliação do ato assistencial surge como indicativo orientador da práxis. Sob essa ótica Nascimento et al. (2011) entendem ser a avaliação indispensável para promover mudanças na estrutura organizacional, com vistas a melhorar a qualidade do serviço. Ao se destacar a organização do trabalho como temas que geraram desassossego no diálogo dos grupos, é importante que os profissionais reflitam sobre a continuidade do ato em si, problematizando os contextos onde ocorre o trabalho.

5.2 OS PROTOCOLOS EM MEIO À ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM

Depreendendo a problematização como um exercício de ver e rever a própria realidade e intervir nela com vistas a transformar (FREIRE, 1986) e obter as melhores práticas, percebe-se que a continuidade do debate sobre a implementação dos protocolos perpassa pela organização e gerência do trabalho em enfermagem com destaque para o acolhimento dos profissionais de enfermagem recém contratados e o gerenciamento do tempo no trabalho

O trabalho é inerente à condição humana, constitui-se de origem complexa e polissêmica e no campo da pesquisa isso não é diferente. Além disso, as controvérsias podem advir da divisão do trabalho entre as equipes e dos saberes constituídos por cada profissão. Ir além dessa percepção resulta em compreender melhor os modelos de ser e fazer, tão

consolidados na saúde e enfermagem. A diversidade do tema, sintetizada na citação a seguir, corrobora a complexidade da organização:

[...] a organização é uma das funções básicas da gestão/administração em todas as instituições, empresas ou organizações da sociedade, juntamente com o planejamento, coordenação, liderança e avaliação. A atribuição de organizar consiste na atividade complexa de formatação da estrutura organizacional, envolvendo a definição das pessoas, tecnologias, materiais e demais recursos necessários para o alcance dos objetivos de uma determinada instituição, empresa ou organização. Implica na divisão do trabalho, responsabilidades, níveis de autoridade e tipo de concepção de gestão a ser adotada. (LORENZETTI et al., 2014, p. 1105)

Na enfermagem, gerenciar e administrar em tal complexidade, além de ser uma atividade privativa do enfermeiro, requer conhecimentos, habilidades e atitudes cujo desenvolvimento é possível quando se percebe que estas dimensões são indissociáveis e estão imbricadas na formação regular, no modelo da estrutura institucional, nas tecnologias disponíveis e nas características e envolvimento dos profissionais com a organização do serviço (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009). Essas características convergem para um modo de ser e fazer flexíveis e dialógicos ideais para uma instituição de saúde que faz jus à sua missão.

Contudo, mesmo em hospitais universitários, destacados na sociedade como instituições de excelência em atendimento de alta complexidade e considerados promotores de desenvolvimento tecnológico e científico, denota-se que os modos de gerenciar são pouco flexíveis, burocráticos e por vezes não favorecem ações democráticas. Sem embargo, o hospital continua a repetir técnicas de trabalho consolidadas, carecendo de pouco espaço para o desenvolvimento de sujeitos capazes de refletir sobre a sua própria prática (ABRAHÃO, 2008)

Uma abordagem teórica que explicita esse modo mais centralizado de organizar e gerenciar o serviço recai sobre as Teorias Gerais da Administração (TGA) fortemente inseridas na organização do trabalho em saúde e enfermagem, cujo foco está na produtividade e eficiência, assim referido:

[...] as teorizações das diversas correntes administrativas acerca da organização do trabalho encontram-se ainda bastante centradas no aumento da produtividade e eficiência da organização, permanecendo o trabalhador em segundo plano, embora, nem sempre, esta condição seja explicitada (ISCHAUPE et al., 2015, p. 172-73).

Nessa direção, é pertinente esclarecer que o modelo administrativo da instituição em estudo advém das TGA, com forte predomínio da Administração Científica embasada na

racionalização do trabalho, disciplina do conhecimento e hierarquização. A estrutura é formal, complexa, composta de vários departamentos e se utiliza, na maioria das vezes, da comunicação por meio de manuais, descrições de cargos, organogramas, regras e regulamentos. Esta modalidade, predominante na atualidade, corrobora com o que assinalam os autores Spagnol e Fernandes (2004); Campos (2011); Lorenzetti et al., (2014); Ischaube et al., (2015) de modo que o contexto referido na literatura é semelhante ao encontrado neste estudo.

A ideia de abstrair-se do contexto para melhor enxergá-lo promove a relação dialética da práxis, cuja definição é a “ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo” (GADOTTI *et al*, 1996, p. 727).

Ao dialogar sobre a organização do trabalho de uma maneira geral, desvelaram-se dificuldades internas, as quais se referem ao acolhimento dos profissionais de enfermagem e a falta de tempo para gerenciar a unidade e realizar o cuidado ao paciente simultaneamente.

No acolhimento evidenciaram-se dificuldades da instituição em acompanhar e orientar o profissional recém contratado até a sua adaptação ao trabalho e apropriação da cultura organizacional. Esse aspecto ficou demonstrado pela ênfase com que os enfermeiros chefes, coordenadores e técnicos de enfermagem se manifestaram nos encontros:

[...] primeiro é explicado o funcionamento do hospital, o que tem atualmente é a integração, em que algumas pessoas explicam os seus setores, para aqueles que são recém-admitidos, mas as vezes acontece de ir direto para o setor, acho que não é suficiente para dar uma noção do hospital. (E1)

Fonte: GF 1, Encontro 1, (27/01/2016)

Eu já peguei duas funcionárias ao mesmo tempo e dei as coisas mais fáceis pra elas naquele dia, para não atrasar o meu serviço, e não assustar. Uma tem que dar a mão para a outra. E no final de semana fica só uma enfermeira no andar, como é que ela vai acolher o funcionário, fazer assistência e gerenciamento, não dá assim. (TE2)

(Fonte: GF 1, Encontro 2, (03/02/2016)

O acolhimento destacado no diálogo se refere à recepção e integração do profissional recém contratado, que ao iniciar suas atividades profissionais depara-se com um contexto complexo e adverso, pois desconhece a cultura da instituição, seus fluxos, área física e pessoas. Ao mesmo tempo precisa dar conta das atividades inerente à profissão. Sobre esse tema um estudo sugere que o acolhimento ao profissional pela instituição não está descolado do acolhimento que se presta aos pacientes. Faz-se necessário a refletir sobre os fatores que impedem o acolhimento pelos enfermeiros no âmbito hospitalar, como também a

implementação de estratégias que valorizem e capacitem os profissionais para melhor acolher (NÓBREGA et al , 2015).

Contudo, no que tange à legalidade da macropolítica na área da saúde tem-se a Constituição Federal em seus Artigos 196 a 200 (BRASIL,1998). Efetivadas pelas Leis números 8080/90 revisada no Decreto 7.508/11 considerado a Lei Orgânica do SUS e a Lei número 8192/90 que regulamenta a participação social no SUS (BRASIL,1990). E, posteriormente explicitadas nas Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) que evidenciam as diretrizes e normatizações próprias do SUS (BRASIL,1996).

Além dessas legislações, o acolhimento foi destacado pelo Ministério da Saúde com a estruturação da Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, também conhecida como HumanizaSUS. Dentre os seus princípios faz menção à indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos. Complementa que um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos, valoriza e incentiva sua atuação na produção da saúde (BRASIL, 2013).

O modelo de saúde brasileiro definido pelas Leis supra citadas servem de base para o fazer das instituições de saúde, cuja organização do trabalho deve estar voltada para o desenvolvimento das boas práticas e amparam a tese da importância dos protocolos assistenciais no trabalho de enfermagem e da saúde. Contudo, embora essas políticas públicas da área da saúde estabeleçam os valores universais da humanidade, no contexto hospitalar o acolhimento foi um problema evidenciado no debate. O fenômeno demandou um olhar mais acurado, com vistas a explicá-los e compreendê-los à luz do conhecimento atual.

Ao assumir esses princípios, o governo federal deixa claro que a coparticipação e comprometimento da sociedade na gestão do Sistema são imprescindíveis para obtenção efetiva das práticas em saúde. Também, busca corrigir e inverter a lógica do sistema médico centrado para uma abordagem multiprofissional. Em tal política subentende-se que deveria favorecer o acolhimento, a valorização do trabalhador e a ambiência. O acolhimento entendido como uma mudança de atitude dos usuários, profissionais e gestores nas oportunidades em que se estabelece o diálogo entre estes, ou seja, durante qualquer atendimento e não apenas na recepção da instituição (MACEDO; TEIXEIRA; DAHER, 2011).

Este modo de fazer sugere que ocorra em ambientes saudáveis, cujo encontro entre as pessoas seja agradável e exitoso. Nas diretrizes prevalece a “[...] valorização do trabalhador permitindo o diálogo, a identificação da causa sofrimento e adoecimento, o que fortalece o

grupo de trabalhadores e propicia os acordos de como agir no serviço de saúde. Ainda, sugere a participação nos espaços de gestão coletiva” (BRASIL, 2013, p.11).

Pesquisas apontam problemas semelhantes, a exemplo de um estudo realizado num hospital da Finlândia, o qual assinala gargalos na admissão e permanência dos profissionais de saúde nos hospitais. Sugere que as instituições devem desenvolver novas alternativas para atrair funcionários, por exemplo, explorar melhor a internet como meio de comunicação e estabelecer um vínculo efetivo com as instituições de ensino para captar profissionais. O estudo também refere que existem dificuldades em compartilhar conhecimentos entre os enfermeiros mais antigos e os juniores o que se configura em um problema de gestão e liderança (HEILMANN, 2010).

Outro estudo efetivado nos Estados Unidos mensurou a percepção das enfermeiras sobre o ambiente de trabalho em que os relacionamentos profissionais na *American Nurses Credentialing Center* indicaram que a possibilidade de compartilhar conhecimentos, o gerenciamento do local de trabalho e de educação continuada pagos pelo empregador, são uma das vantagens de permanecer em hospitais credenciados (HESS et al, 2011).

Na Finlândia e EUA há carência de profissionais enfermeiros devido a falta de estímulos e salários atraentes à estes profissionais. E da mesma forma como ocorre nestes cenários, no Brasil, também há dificuldade em esperar que um enfermeiro jovem tenha o mesmo reconhecimento de um profissional mais experiente. Então, o artigo enfoca a manutenção no trabalho do enfermeiro senior quanto mais tempo em atividade, o que é um problema de gestão.

Os objetivos da presente pesquisa voltaram-se para analisar o contexto interno que favorecem ou obstaculizam a construção dos protocolos assistenciais. As ações são feitas por pessoas que pertencem a diferentes grupos profissionais, interdependentes, nos quais o produto final é proporcionar atendimento qualificado ao paciente, livre de riscos para ambas as partes. Essa engenhosidade depende muito da modalidade de gestão e do conhecimento de cada profissional sobre a sua área de conhecimento e o contexto em que está inserido. No caso deste hospital, o diálogo entre as chefias e Direção ocorre em reuniões setoriais, promovidas periodicamente pela Direção de Enfermagem. Embora se observe no dia-a-dia que as trocas de informações são mais informais e a resolução dos problemas ocorra com maior rapidez.

Em meio à ambiência hospitalar, surgem os consensos e dissensos sobre a questão de gestão de pessoas, ilustrado nos debates dos grupos focais:

Nesses últimos seis meses, creio que uns cinco enfermeiros e três técnicos saíram do meu setor. [...] Geralmente a gente não apresenta, nem tem tempo. Acho que deveria ser apresentando antes de enviar o funcionário ao setor. Explicar algumas rotinas, a pessoa nova está ali, é acompanhada pelos técnicos por 2 ou 3 dias, as meninas são bem colaborativas. (E2)

Fonte: GF 1, Encontro 1, (27/01/2016)

É importante salientar, também, que a rotatividade de pessoal surgiu no diálogo, sendo mais frequente entre os profissionais admitidos há menos de um ano na instituição. No estudo de Stancato e Zilli (2010), num período de 22 anos, de 1987 a 2009, detectou-se que a rotatividade dos profissionais depende da vontade do pessoal como também da instituição, mas importante é que a organização do trabalho seja preservada e o profissional se sinta valorizado.

Na área da saúde, que lida com pessoas em situações críticas de vida, a alta rotatividade de pessoal pode refletir na descontinuidade dos serviços, interferir na relação interpessoal e na organização das equipes. Estes fatores implicam na qualidade das ações e procedimentos realizados diretamente aos usuários. Diferente de outras áreas de conhecimento e do mercado de trabalho em que a rotatividade de pessoal pode ser vista como uma dinâmica importante de oxigenação das organizações, na Enfermagem, que convive com pouco tempo para repouso, a frequente entrada e saída de pessoal ocasiona desgastes e sobrecarga de trabalho (PAGNO; FAVERI, 2013).

Além desses argumentos, a alta rotatividade de pessoas é uma questão do modelo de gestão e gerência das organizações e um dos motivos que interferem no trabalho gerencial do enfermeiro.

A questão da falta de tempo para exercer as funções de gerência e do cuidado constitui-se num impasse para os enfermeiros, tal qual afirmam as autoras ao relatar vivências de enfermeiros:

[...] além da falta de tempo para o enfermeiro, em cargo de chefia, atender as demandas gerenciais e assistenciais, foi dada ênfase ao estabelecimento de prioridades no trabalho, com base em planejamento criterioso, a fim de realizar as atividades realmente essenciais e, com isso, fazer melhor uso do tempo. (DALL'AGNOL et al., 2013, tela 6)

Estudo de Silva et al., (2014) sinaliza que na prática cotidiana o enfermeiro acaba por exercer as duas funções, assistência e gerência, acarretando sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, comprometendo a qualidade da assistência. Os dilemas dos participantes sobre esse assunto são corroborados nas afirmativas:

É, a falta de tempo e fazer as conexões entre fluxos de todos os setores para escrever uma normativa. Na implementação dos protocolos é o tempo, a questão dos horários dos funcionários, não tem funcionários suficientes, tirar ele das unidades é complicado. (E3)

(Fonte GF 1, Encontro 2, 03/02/2016)

Eu acho que a maior dificuldade que se tem aqui é trabalhar paralelo, tem que fazer assistência, gerenciar a unidade e ainda estudar, construir os protocolos, a exemplo, “por livre e espontânea vontade”, você tem que buscar isso. Então a dificuldade é fazer a educação continuada, com o serviço andando dentro da carga horária de trabalho e isso continua até agora. (MCEP9)

(Fonte: GF 2, Encontro 2, 15/03/2016)

Percebem-se contradições nos depoimento, em que um participante atribui a dificuldade em construir protocolos à falta de tempo e à insuficiência de funcionários. O outro atribui esta dificuldade por ser dentro da carga horária do serviço. Estes obstáculos revelam problemas que se repetem no modelo de gestão atual.

As assertivas feitas nos grupos focais são corroboradas pela literatura consultada, pois em uma revisão integrativa constatou-se que muitos enfermeiros julgam as ações de gerenciar e cuidar como diferentes e dão valor ao cuidado quando este é prestado por si próprio junto ao paciente (SANTOS et al., 2013). Dentre as explicações para tal percepção, emergiram concepções de gerenciamento de enfermagem e gerenciamento do cuidado, advindos dos modelos propostos por Florence Nightingale e, também, das Teorias Administrativas as quais têm influenciado fortemente a Enfermagem como profissão.

O tempo disponível para gerenciar e cuidar tem um fator importante, mormente pouco discutido na instituição, que é o dimensionamento de pessoal. Sem dúvida, quando há falta de profissionais ocorre a sobrecarga de trabalho, aumenta o cansaço físico e a possibilidade de ocorrer eventos adversos é maior. Além do déficit de pessoal, investir na formação profissional foi referida pelos participantes como uma necessidade. Foi apontada carência na formação do técnico de enfermagem com mais veemência, contudo, a formação de nível superior também é deficitária.

De acordo com os pressupostos de Paulo Freire, entende-se que intervir neste contexto complexo é possível se o processo de mudança for dialógico e se houver uma relação entre sujeitos que almejam a resolução dos problemas, definindo objetivos em comum, sem interferir na autonomia de cada um e na de todos. Nesse aspecto, a educação no trabalho é uma estratégia importantes para entender o contexto e intervir nele com conhecimento e responsabilidade.

5.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DOS PROTOCOLOS

O investimento na formação profissional é tema de discussão corrente na atualidade, haja vista a velocidade do desenvolvimento tecnológico e as deficiências na educação brasileira, os quais incidem diretamente na práxis de enfermagem e na saúde. Tal como afirmam Sade, Peres e Wolff (2014), a formação deve ser frequente, pois o desenvolvimento de habilidades e competências gerenciais do enfermeiro não pode centrar-se apenas na graduação, mas, ter continuidade na vida profissional como uma responsabilidade pessoal e, também, das instituições formadoras e empregadoras, em uma rede permanente de atualização e produção de conhecimento.

Durante os encontros de grupo focal as dificuldades na formação foram debatidas reiteradas vezes e caracterizaram-se como um problema institucional que interfere na qualidade da assistência. Estas deficiências ocorrem no nível técnico e na graduação, o que preocupa os participantes e demanda estabelecer estratégias de formação no trabalho, conforme foi verbalizado:

- Acho que isso que está se falando, da deficiência do conhecimento técnico científico, da parte clínica e do desempenho, eu percebo nestes últimos anos que está evoluindo muito rápido. A demanda aumenta, a complexidade do cuidado, contudo, desenvolver essa capacidade do conhecimento, as habilidades para lidar com as coisas, as competências das pessoas não acompanham. Isso está acontecendo agora e fazer educação dentro disso tudo é mais complexo ainda. (MCEP 7).

(Fonte: GF 2, Encontro 1, 10/03/2016)

- Outra grande dificuldade é a formação técnica, eu que estou na UTI espero receber um técnico que saiba, pelo menos, o que é uma adrenalina, mas ele chega aqui sem saber o que é uma dipirona, isso é a nossa maior dificuldade, então a gente que está secando gelo, a gente corre atrás, corre atrás, corre atrás e a demanda tá aí, mas você não tem o profissional técnico adequado. Esse é um problema de formação e você tem que repetir a orientação até se igualar com o funcionário. Sim também, mas no nível superior a deficiência é mais particular, você observa um ou outro aluno que tem deficiência, não é geral. [...] Como professora a gente já nota na graduação aquele aluno que é meio fraco. Tem uma diferença que você observa de déficit no enfermeiro novo, se ele se adapta aqui, vai prá frente, mas isso é normal, mas no nível técnico a coisa é mais séria, desde a medicação que alguns não sabem o que distinguir o que é. (MCEP9).

(Fonte: GF 2, Encontro 2, 15/03/2016)

O fortalecimento da educação no trabalho, tendo o Sistema Único de Saúde como ordenador da formação e corresponsável pela qualificação dos profissionais. Os serviços de

saúde e as universidades tem vivenciado a implantação dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), referendados pela Portaria 1.127/2015 MS e MEC (2015), que pode contribuir com uma aproximação entre essas realidades, de forma marcada a contrapartida das universidades aos serviços. Nesse debate, a implementação dos protocolos seria uma contrapartida interessante.

Contudo, mesmo com as dificuldades relatadas, o movimento de construção de normativas e os debates internos que se instalaram dentro do hospital trouxeram novas perspectivas, como a descoberta de talentos nas equipes e a possibilidade de estabelecer estratégias de melhorias no serviço. Houve ressonância no debate:

Então, esse movimento de construção de protocolos fez com que a gente se desacomodasse de algumas situações e esse contato mais com as outras equipes, com diversos profissionais gerou um movimento aqui dentro[...]. Quando não se sabe o que outro está fazendo, descobrimos pedras preciosas dentro do hospital que estavam escondidas, muitas vezes a gente nem sabia da capacidade de algumas pessoas e quando foram chamados, principalmente para discutir os POP e protocolos.

(Fonte: GF 3, Encontro integrativo 09/05/2016)

A abordagem sobre os problemas no desenvolvimento profissional, evidenciado nos estudos de Pagno e Faveri (2013); Caldana, Gabriel e Rocha (2015) alertam sobre a necessidade da qualificação contínua dos profissionais, não só como garantia de manutenção nas organizações, como também pela promoção de uma prática segura. No GF foi manifestada a preocupação com a formação:

- [...] a própria formação está deficitária e pelo avanço tecnológico os profissionais, entendem que o acesso à informação já se transforma em conhecimento, mas isso não é assim. Como tem acontecido a relação entre as pessoas, o processo de comunicação aqui dentro da instituição, entre os pares, entre categorias? (MCEP 9)

- [...] isso está relacionado também com a área da educação, quando se pensa no profissional que tenha uma formação integral, que saiba trabalhar em conjunto. Quando você tem isso como um projeto, há uma distância grande na prática. Essa questão dos protocolos chegou até nós, por meio do setor de estágios e nós enquanto equipe tivemos que discutir, pedir ajuda aos profissionais das universidades para poder fazer. (MCEP 7)

(Fonte: GF 3, Encontro integrativo, 09/05/2016)

Além das questões técnicas, a formação dos profissionais foi debatida nos grupos, fundamentada no diálogo e no desenvolvimento da consciência crítica dos sujeitos sobre o seu próprio contexto, os quais promovem o movimento de ação-reflexão-ação. O preparo profissional torna-se imprescindível para depreender e participar do processo dialético,

contudo, a formação universitária não consegue dar conta de todas as especificidades da área de saúde. Então o estudante necessita ser estimulado a buscar por seu saber.

Neste contexto, despertar a consciência para compreender o entorno e tomar para si a responsabilidade de realizar a melhor prática parece ser um caminho promissor para despertar a consciência dos sujeitos. É esclarecedora a ponderação:

[...] ao considerar o processo de conscientização, ter tomado o momento do desvelamento da realidade social como se fosse uma espécie de motivador psicológico de sua transformação. O meu equívoco não estava obviamente em reconhecer a fundamental importância do conhecimento da realidade no processo da sua formação. O meu equívoco consistiu em ter tornado esses polos – conhecimento e transformação da realidade – em sua dialeticidade. Era como se desvelar a realidade significasse a sua transformação. (FREIRE, 2011, p. 143)

Como assinala Freire, não basta conhecer e refletir sobre a realidade para que a transformação ocorra. Além da reflexão faz-se mister intervir no contexto, num constante movimento de aprendizagem e diálogo, estabelecendo um *feedback*, de modo a construir e reconstruir as práticas.

Marin, Lima e Paviotti (2010) comentam que, na área da saúde, a transformação do trabalho tem se constituído um grande desafio, especialmente nos aspectos técnicos, éticos e políticos. Contudo, mesmo que o trabalho em saúde seja fragmentado, caminhos inovadores têm sido assinalados para melhorar a formação dos profissionais.

Outrossim, nas discussões dos GF, a Educação Permanente emergiu como uma estratégia para (re)significar a prática assistencial de enfermagem, visando implementar os protocolos com maior efetividade e contribuir para o desenvolvimento das demais áreas hospitalares. As discussões sobre esse tema foram reiteradas pelos participantes no encontro integrativo:

- Eu defendo essa ideia, a da educação permanente como uma possibilidade importante de melhorar a nossa formação. Já podemos ver as universidades que estão aqui dentro trabalhando nessa direção. (E3)

- Para mim, esse é o maior nó, o de conseguir estruturar o setor de educação dentro dessa demanda do hospital e das universidades, da complexidade, do aumento do número de pessoas, da ampliação da rede de serviços. A gente teve um momento das urgências e emergências, então, são muitos movimentos de adaptação acontecendo ao mesmo tempo e estruturar a educação permanente é um desafio e os protocolos e os POP estão muito relacionados com isso. (MCEP 10)

(Fonte: GF 3, Encontro integrativo, 09/05/2016)

Atualmente a EP é tida como um movimento em que é possível produzir conhecimento e agir tecnologicamente na seara do cuidado, ou seja, fazer movimentos de troca de modos de agir e saber no campo da saúde (MERHY, 2015). Assim como, Vendruscolo et al., (2016); Fagundes, Rangel e Carneiro (2016) mencionam que a educação permanente pode ser percebida como aprendizagem no trabalho, por meio da problematização e das metodologias ativas, no intuito de transformar as práticas profissionais. Desta forma, parte da realidade dos trabalhadores, sem perder de vista as necessidades de saúde da comunidade e os objetivos da organização.

É interessante explicitar que a Educação Permanente além de ser uma política pública instituída pelo Ministério da Saúde “no contexto do trabalho da enfermeira a [Educação Permanente em Saúde] promove o repensar das práticas, favorece a participação na tomada de decisão e a articulação entre o trabalho dos membros das equipes de saúde e de enfermagem” (FAGUNDES, RANGEL E CARNEIRO, 2016, p. 2). Estas são condições para que os profissionais tomem consciência dos consensos e dissensos do trabalho em saúde e enfermagem e se mobilizem no sentido de vivenciar a práxis. Ao tomar decisões participativas a enfermeira pode desenvolver autonomia e encontra amparo na própria equipe para fazer frente às dificuldades inerentes à função.

No que concerne à autonomia no desenvolvimento das práticas, as enfermeiras alegaram terem uma autonomia maior sobre a equipe de enfermagem, haja vista deterem o conhecimento sobre o contexto e terem a responsabilidade de chefiar a equipe. Quando se referem ao trabalho com as demais equipes, a autonomia é relativa, pois cada profissional tem responsabilidades diferentes nos atos assistenciais compartilhados. A manifestação a seguir exemplifica esse momento:

No meu setor, quando a Dra [...] está de plantão e ocorre uma parada cardíaca ela sempre diz a hora foi boa, quando todo mundo consegue fazer o que é certo na hora certa, com eficácia e agilidade, mesmo que o paciente não volte, mas todo mundo cumpriu com a sua obrigação. Ela diz o que estava certo e o que estava errado, sempre elogia. (E3)

Fonte: GF 1, Encontro 1 (27/01/2016)

Para Freire (1996), autonomia requer assumir-se ser inacabado e inconcluso e por essa razão se coloca no mundo na posição de um ser em constante transformação do seu contexto, como se fora um promotor de mudanças. Os sujeitos desenvolvem a autonomia à medida que tomam a consciência do contexto em que trabalham, identificam os consensos e dissensos,

respeitam as diferenças e tem liberdade para agir de acordo com os preceitos éticos e legais que regem a sociedade.

A concepção da Educação Permanente traz em seu bojo as metodologias ativas como estratégias para melhorar as práticas em saúde. Entre elas, a metodologia da problematização a qual se alicerça nos princípios de Paulo Freire, tendo como referência os trabalhos de Juan Díaz Bordenave e Pereira (2004) pautados no arco de Maguerez⁹. Além da problematização, as metodologias ativas lançam mão dos seguintes procedimentos didáticos: “[...] problematização da realidade e do processo de trabalho, exercícios em grupo, plenárias, leitura comentada, exposições dialogadas, seminários, oficinas, debates temáticos, apresentação de filmes, interpretações musicais, dramatizações, simulações realísticas e estudos de casos” (PEDROSA; LIRA; OLIVEIRA, 2011, p. 322).

As mudanças na área da saúde tornam necessária a educação Permanente para adequar a formação do trabalhador à realidade e ao uso de produtos e serviços, tais como a introdução e implementação de protocolos assistenciais.

Algumas destas modalidades surgiram durante o debate nos GF, especialmente a simulação realística, que foi assinalada desde os primeiros debates nos grupos, especialmente quando se referiam à capacitação realizada para atendimento à parada cardiorrespiratória. A simulação realística, muito utilizada no Hospital Albert Einstein, é o mais avançado método de treinamento em ambiente hospitalar. Apoiada por alta tecnologia, que reproduz através de cenários clínicos experiências da vida real cujo objetivo é garantir a segurança no processo de assistência ao paciente. Inicialmente foi aplicado em escolas para favorecer o processo de ensino aprendizagem e se estendeu para as instituições hospitalares. Uma recente revisão sistemática identificou a simulação como um veículo que estimula o pensamento crítico, promove o conhecimento e desenvolve habilidades que permitem identificar a evolução do quadro clínico de um paciente (BARRETO et al., 2014)

Treinamentos técnicos com dispositivos ou equipamentos novos também são realizados nas unidades, quando se avalia a qualidade do material para emitir um parecer técnico. A Educação Permanente, quando compreendida, é uma ferramenta importante para melhorar a formação dos profissionais porque parte do contexto em que estão inseridos.

⁹ Propõe um esquema de problematização da realidade em cinco etapas, observação da realidade, identificação dos pontos - chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade (DÍAZ BORDENAVE; PEREIRA, 2004).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo trouxe à tona os modos de operar o trabalho de enfermagem no que se concerne à construção de protocolos assistenciais em um hospital público, de alta complexidade. A temática foi tratada num momento propício da instituição, haja vista os profissionais de enfermagem estarem engajados em comissões de trabalho, incluindo a construção dos protocolos como tecnologias de apoio à realização das práticas de enfermagem, bem como organizando as demais prerrogativas para obter o título de Hospital de Ensino.

Outrossim, o caminho percorrido foi fundamentado no referencial freiriano para a análise das informações e discussão dos resultados. A ancoragem nos pressupostos de Freire, de início, representou ser controversa, pois a determinação de normas e padrões está fortemente ligada a um modelo de gestão hierarquizado, composto pela divisão do trabalho e centrado na tarefa em si. Esse modo hierarquizado tem influenciado sobremaneira as organizações do trabalho, incluindo os serviços de saúde, portanto, com repercussões também no campo onde ocorreu o estudo. Contudo, na perspectiva dialética e emancipatória, reconhecer o contraditório e deliberar sobre temas conflitantes parece ser adequado ao contexto complexo de uma instituição hospitalar. A adoção desse marco teórico mobilizou os profissionais a manifestarem a sua opinião sobre o seu contexto de trabalho, sobre as dificuldades encontradas e, também, a revelarem as experiências exitosas ocorridas no cotidiano de trabalho.

Além do referencial norteador, o conhecimento técnico-científico referido sobre os protocolos assistenciais constituiu-se em um suporte constante para a condução das discussões nos grupos. A construção analítica que culminou com a descrição dos resultados reforça a concepção de que a práxis se dá por meio da ação-reflexão-ação, desencadeando a realização de ações de cuidado mais seguras.

A técnica de coleta de informações ocorreu por meio de grupos focais, realizada com enfermeiros assistenciais, enfermeiros coordenadores de unidade, técnicos de enfermagem e membros da Comissão de Educação Permanente.

Na análise temática das informações emergiram três categorias: os protocolos em meio à complexidade do contexto organizacional; os protocolos em meio à organização do trabalho em enfermagem; e, a educação permanente como estratégia para a construção dos protocolos. O diálogo e as argumentações fomentadas confirmam a tese de que a enfermagem se apropria da implementação de protocolos, com pertinência, quando problematiza os atos assistenciais

por meio do diálogo crítico-reflexivo, reconhecendo as contradições presentes no contexto do trabalho hospitalar. A complexidade do trabalho de enfermagem em ambiente hospitalar demanda compreender aspectos gerais de administração e da organização do trabalho em saúde, bem como, ampliar competências, habilidades e atitudes para desenvolver uma prática segura. A implementação de protocolos constitui-se apenas em uma das atividades realizadas pelos profissionais, em meio a outras demandas, por exemplo, a gerência da unidade, que são exigidas pelos gestores.

O grupo demonstrou que conhece os protocolos e parte dele participou dos mesmos no hospital campo do estudo, mediante o relato da experiência de implementação de algumas normativas. Há tempos, alguns profissionais de enfermagem já estavam envolvidos na construção dessas tecnologias, com vistas a melhorar a prática e torná-las mais seguras.

Experiências exitosas foram relatadas pelo grupo quanto à implementação dos protocolos assistenciais. A mais significativa efetivou-se pelo protocolo de atendimento em PCR. Segundo os membros dos GF, este protocolo foi concebido por um coordenador e pensado coletivamente, envolvendo a equipe de enfermagem nas ações. Houve uma continuidade por meio de simulações realísticas. Para os profissionais, este modo de fazer configurou-se a aprendizagem que deu significado à prática, ou seja, a equipe apropriou-se, tomou para si a responsabilidade de pensar e fazer.

Os percalços que surgiram foram amplamente debatidos nos encontros de GF pelos 16 participantes, os quais alertaram sobre problemas na organização do trabalho, dentre eles: a dificuldade no acolhimento dos profissionais recém admitidos, falta de tempo dos enfermeiros para cuidar e gerenciar, instrumentos de avaliação considerados frágeis para dar conta da avaliação, a carência de pessoal nas unidades assistenciais, o dimensionamento inadequado, alta rotatividade entre os profissionais recém-contratados e os déficits na formação de técnicos de enfermagem e enfermeiros. Esse conjunto de dificuldades se apresentou como temas gerais, decorrentes da estrutura de pessoal, do modo de gerenciar, da alta demanda e da falta de tempo. Sem a pretensão de isentar as responsabilidades da instituição quanto à formação dos profissionais, é conveniente assinalar que em nenhum momento se discutiu a contribuição individual para o sucesso da implementação dos protocolos, o que pode levar a crer que a resolução dos problemas é responsabilidade somente da gerência, do gestor ou exclusivamente de ambos.

A falta de tempo para gerenciar e cuidar demandou manifestações unânimes no sentido de que isso acarreta sobrecarga de trabalho às equipes, condição agravada pelo dimensionamento inadequado de pessoal. Problemas desta natureza prejudicam a

implementação dos protocolos e dificultam o acolhimento efetivo dos profissionais recém-admitidos.

Quando questionados sobre as estratégias que o hospital estava organizando para dar sequência à implementação dos protocolos, emergiu a Educação Permanente como uma vertente potencializadora da formação profissional e reafirmação dos processos internos e condutas técnicas. Entre as iniciativas mencionadas pelos participantes destacam-se as capacitações e os instrumentos informatizados criados e organizados pela Comissão de Educação Permanente.

Por meio dos resultados deste estudo, intenciona-se cooperar para o incremento de estratégias de implementação de protocolos assistenciais na instituição em voga, sopesando e sugerindo possibilidades de minimizar os problemas encontrados:

- a) pondera-se sobre a viabilidade de envolver os gestores nos debates sobre protocolos assistenciais e nas estratégias de educação permanente, o que certamente implicará no melhor desempenho profissional e na segurança dos atos assistenciais. Sabe-se que em algum momento isso implicará em recursos financeiros;
- b) o estudo realça uma parte do trabalho em enfermagem num contexto hospitalar que almeja a condição de Hospital de Ensino. Neste sentido, uma vez manifestado o interesse dos gestores em conseguir a acreditação hospitalar, não basta listar e designar atividades a serem implementadas e sim estabelecer estratégias conjuntas para se obter tal distinção;
- c) Em meio à efervescência das discussões, considera-se importante estimular o debate sobre os protocolos assistenciais não só como tecnologias de apoio à realização das práticas em saúde, mas, um jeito de saber e fazer que atribui significado ao trabalho em saúde; um modo de qualificar a assistência e promove a segurança do paciente;
- d) considera-se importante reforçar a equipe de educação continuada que atualmente dispõe de uma enfermeira e uma técnica de enfermagem;
- e) Sugere-se estabelecer uma unidade assistencial piloto para acolher os profissionais recém-contratados, até que estes conheçam a cultura da instituição e os modos de operar. Essa iniciativa pode ser feita em parceria com as universidades;

- f) planejar as ações por ordem de prioridades, de modo a estabelecer um fluxo de trabalho capaz de proporcionar a implementação de protocolos com segurança e conhecimento. Estimular as simulações realísticas;
- g) estimular o diálogo crítico e reflexivo por meio de encontros periódicos e sistemáticos com e entre as equipes;
- h) reforçar a parceria com as universidades e curso técnicos, no intuito de compartilhar o conhecimento e realizar programas e projetos de pesquisa e extensão que auxiliem no desenvolvimento da formação profissional;
- i) proporcionar momentos de estudo, durante o horário de trabalho, para que os profissionais possam conhecer e se apropriar das tecnologias mais recentes, construir minimamente um modo de operar, socializar com os colegas e aplicá-las com segurança;
- j) Apoiar iniciativas em andamento como o mestrado profissional, organizado pelo Departamento de Enfermagem da UDESC, em parceria com a CAPES.

Quanto às limitações da pesquisa, assinala-se o foco da abordagem nos profissionais de enfermagem e na Comissão de Educação Permanente do hospital em pauta. No entanto, considera-se que, face às lacunas da literatura, este estudo consiste em um disparador para estudos futuros em que se possa ampliar o foco das discussões, fomentando a adesão de outros trabalhadores da saúde, principalmente daqueles que integram a equipe multiprofissional e que, direta ou indiretamente, estejam envolvidos na construção e implementação de protocolos assistenciais.

Embora o estudo não possa ser generalizado, os resultados podem ser fonte de pesquisa e alicerce teórico para a própria instituição no que concerne a sua organização de trabalho. Pressupõe-se, portanto, que tais resultados venham se constituir em subsídios para reflexão dos profissionais de enfermagem, de saúde e gestores, entendendo que o momento pelo qual passa a instituição é ímpar para se estabelecer novos fluxos, novas condutas e de criar uma cultura de segurança que permeie o âmbito dos protocolos assistenciais.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lucia. Colegiado gestor: uma análise das possibilidades de autogestão em um hospital público. **Ciência & Saúde Coletiva**, Niterói, v.13, n.1, p. 95-102, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/13.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR LENOIR VARGAS FERREIRA (AHLVF). **História:** Hospital Regional do Oeste. Disponível em: <http://www.relatecc.com.br/hro/?page_id=22>. Acesso em: 22 jul. 2015.

_____. **Relatório de atividades desenvolvidas.** Chapecó, 2012. Disponível em: <<http://www.relatecc.com.br/hro/wp-content/uploads/2010/11/RelatorioAtividades2012.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

AYDIN, Arzu karabağ; KARADAĞ, Ayise. Assessment of nurses' knowledge and practice in prevention and management of deep tissue injury and stage I pressure ulcer. **Journal Wound Ostomy Continence Nursing**, Charlottesville, v.37, n. 5 p. 487-94, set./out, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20736857>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

BARRETO, Daniele Gomes et al. Simulação realística como estratégia de ensino para o curso de graduação em enfermagem: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 208-214, mai./ago. 2014.

BECKETT, Kelvin Stewart. Paulo Freire and the Concept of Education. **Educational Philosophy and Theory**, Melbourne, v. 45, n. 1, p. 49-62, 2013.

BERGAMIM, Marília Doriguello; PRADO, Cláudia. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 1, p. 134-137, 2013.

BRACH, Michael et al. Implementation of preventive strength training in residential geriatric care: a multi-centre study protocol with one year of interventions on multiple levels. **BMC Geriatrics**, London, v. 9, n. 51, p. 1-15, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/9/51>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF; 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 02 f 1990ev.2017.

_____. **Lei nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF; 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.html>. Acesso em: 02 fev.2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **NOB/SUS/1996.** Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 03 fev. 2017.

_____. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 set 2001. Seção 1, p. 37. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 816, de 31/05/2005. Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 104, de 2 jun. 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2005/GM/GM-816.htm>>. Acesso em: 19 maio 2016.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Decreto legislativo nº 186/2008 e Emendas constitucionais de revisão números 1 a 6/1994. – 47. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. – Série textos básicos; n. 113. Disponível em: <<http://www.camara.leg.br/editora>>. Acesso em 03 fev.2017.

_____. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Manual de padronização**. Brasília, DF: 2014. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/0/manualpadronizacaopops/356c2f1c-27d8-419d-9ddb-49b42607eb8b>>. Acesso em: 10 mar 2017.

_____. Ministério da Saúde . Portaria n 1.482, de 04 de agosto de 2016. Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=1&pagina=26&data=05/08/2016&captchafield=firistAccess>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF, 2010. Textos Básicos em Saúde – Série B. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 02 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília, DF, 2013. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2016.

_____. Ministério da Educação e Cultura; Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 285**, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html>. Acesso em: 02 fev. 2017.

_____. Ministério da Educação e Cultura; Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 1.127**, de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino - Saúde (COAPES) para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/23/COAPES-PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N1.127%20-DE-04%20DE-AGOSTO-DE-2015.pdf>>. Acesso em 18 mar 2017.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria n 1.482, de 04 de agosto de 2016. Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=1&pagina=26&data=05/08/2016&captchafield=fristAccess>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

BURTON, Elissa et al. Effectiveness of a lifestyle exercise program for older people receiving a restorative home care service: study protocol for a pragmatic randomised controlled Trial. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 18, p. 13-419, out. 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3854921/> >. Acesso em: 16 nov. 2014.

CALDANA, Graziela et al, Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.15, n.4, p.915-22, out./dez, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19655>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Niterói, v. 16, n.7, p. 3033-3040, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada, **Interface - Comunicação Saúde Educação**, São Paulo, v. 18, supl 1, p. 983-95, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0983.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2016.

CARRARO, Telma Elisa et al. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.33, n.3, p.14-19, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n3/02.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2016.

CARDOSO, Adriana Serdotte Freitas; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Processo grupal: reflexões de uma equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1412-8, 2011. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp>>. Acesso em: 24 jul.2014.

CARVALHO, Brigida Gimenez et al. Work and Inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 19-26, jan./fev. 2014.

CRUZ, Flávia Oliveira de Almeida Marques da et al. Validation of an educative manual for patients with head and neck cancer submitted to radiation therapy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.24: e2706, 2016.

CECÍLIO, Luis Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, abr./jun. 2011.

CHAPECÓ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Chapecó, 2015. Disponível em: <<http://secsaude.chapeco.sc.gov.br/uploads/o-planejamento/2/plano-de-saude-ii-ed-13052015.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Niterói, v. 14, (supl 1), p. 1523-1531, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM . **Resolução nº 293/2004**. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html>. Acesso em: 10 out. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. Protocolos de Enfermagem. **Informativo eletrônico**, Florianópolis, n. 79, 2016. Disponível em: <<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/158cfbaefa4171f4>>. Acesso em: 07 dez. 2016.

CORREA, Arlete Duarte et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 67-74, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a09.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2014.

DALL'AGNOL, Clarice Maria; TRENCH, Maria Elena. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, jan., 1999. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4218/2228>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

DALL'AGNOL Clarice Maria et al. Motivações, contradições e ambiguidades na liderança de enfermeiros em cargo de chefia num hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n.5, set./out. 07 telas, 2013. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 10 abr. 2016.

DAVID, Priscila Barros; FREIRE, Raquel Santiago. A abordagem dialógica freiriana na formação online de professores-tutores. In: NUEVAS IDEAS EN INFORMÁTICA EDUCATIVA. **Memorias del XVIII Congreso Internacional de Informática Educativa**. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://www.tise.cl/volumen9/sobre.html>>. Acesso em: 10 de jan. 2016.

DÍAZ BORDENAVE, Juan; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p.15-21.

ERDTMANN, Alacoque Lorenzini, et al. A organização das práticas de cuidado em saúde: melhores práticas, complexidade e políticas públicas. IN: SOUSA, Francisca Georgina Macedo de; BACKES, Dirce Stein, *et al.* **Cuidado em enfermagem e saúde: diversidades e complexidades**. Florianópolis: Papa Livros, 2015. p. 383-409.

EVATT, Manjulata et al. Development and Implementation of an Educational Support Process for Electronic Nursing Admission Assessment Documentation. **Medico Surgical Nursing**, Sewell, v. 23, n. 2, mar./abr., 89-95, 2014. Disponível: <<https://www.highbeam.com/doc/1G1-367797627.html>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

FAGUNDES, Norma Carapiá; RANGEL, Anna Gabriella Carvalho; CARNEIRO, Taize Muritiba. Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira. **Revista Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.1-6, 2016.

FERRAZ, Fabiane. Contexto e processo de desenvolvimento das comissões permanentes de integração ensino serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 847-851, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n42/v16n42a21.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2014.

FISCHBORN, Aline Fernanda. Mundo do trabalho: entre a criação e o controle. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL, 6., 2013, Santa Cruz do Sul. [**Anais...**].Santa Cruz do Sul, 2013. Disponível em: <<http://www.unisc.br/site/sidr/2013/Textos/190.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.

FREIRE, Paulo. **Conscientização teoria e prática da libertação**: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1986.

_____. **Educação e mudança**. São Paulo: Paz e Terra, 1980. Disponível em: <<http://www.hdbr.org.br/data/site/uploads/arquivos/Paulo%20Freire%20-%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Mudan%C3%A7a.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

_____. **Paulo Freire: educar para transformar**. Projeto Memória: Brasília, DF: Fundação Banco do Brasil; Petrobrás; Instituto Paulo Freire, [2010]. Disponível em <<http://www.projetomemoria.art.br/PauloFreire/creditos/index.jsp>>. Acesso em: 08 de nov. 2016.

_____. **Educação com prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

_____. **Pedagogia da autonomia**. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da indignação**. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, Nita; OLIVEIRA, Walter Ferreira. **Pedagogia da solidariedade**. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A polissemia da categoria trabalho e a batalha das ideias nas sociedades de classe. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 40, p.168-194, jan./abr. 2009.

GADOTTI, Moacir et al. **Paulo Freire: uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez, 1996.

NÓBREGA JAS, et al. Entraves no Acolhimento por Enfermeiros de um Hospital Público. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 19, n. 4, p. 299-306, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/19857/15105>>. Acesso em: 10 mar 2017.

GUBERT, Fabiane do Amaral et al. Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Recife, v.16, n.1, jan./fev., p. 81-9, 2015. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1853/pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

HEILMANN, Pia. To have and to hold: personnel shortage in a finnish healthcare organisation. **Scandinavian Journal Public Health**, Oslo, v.38, n.5, jul, p. 518-23, 2010. Disponível em <<http://sjp.sagepub.com/content/38/5/518>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

HESS, Robert et al. Perceptions of nurses in magnet® hospitals, non-magnet hospitals, and hospitals pursuing magnet status. **Journal of Nursing Administration**, Baltimore, v.41, n.7-8, p. 315-23, jul./ago., 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-21799363>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Santa Catarina, Chapecó. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=420420&idtema=1&search=santa-catarina|chapeco|censo-demografico-2010:-sinopse->>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

INCHAUSPE, Luciane Aparecida Furlan et al. Estudo das teorias administrativas na perspectiva do pensamento sistêmico: uma reflexão teórico-filosófica. **Revista de Administração Dom Alberto**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142289/000987641.pdf?sequence=>>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. **Manual de padrões hospitalares**. 5. ed. Oakbrook Terrace: JCAHO, 2013. Disponível em: <store.jointcommissioninternational.org>. Acesso em: 18 out. 2014.

KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 56, n. 6, nov./dez, p. 669-673, nov./dez, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n6/a16v56n6.pdf>>. Acesso em: 03 de mai. 2016.

KOERICH, Magda Santos et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, (Esp), p. 178-185, 2006.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KRAUZER, Ivete Maroso; GELBCKE, Francine Lima. Sistematização da assistência de enfermagem – potencialidades reconhecidas pelos enfermeiros de um hospital público. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 3, p. 308-317, 2011.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LORENZETTI, Jorge et al. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.23, n.4, out./dez, 1104-12, 2014.

MACEDO, Carolina Alves; TEIXEIRA, Enéas Rangel; DAHER, Donizete Vago. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.457-62, jul./set, 2011.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira; PEDUZZI, Marina; SILVA, Ana Maria Nunes da. Análise da produção científica nacional sobre o trabalho de enfermagem. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 118-123, 2012.

MARIN, Maria José Sanches et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 34, n.1, p.13-20, 2010.

MELO, Cristina Maria Meira de. Desafios contemporâneos sobre trabalho e formação da enfermeira no Brasil. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.30, n.2, p.3-5, 2016. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16963/pdf_57>. Acesso em: 12 de dez. 2016.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Marcus. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOLINA LUQUE, Alicia; VALENZUELA RODRÍGUEZ, Antonio Jesús. Continuidad de cuidados de enfermería através de un protocolo asistencial de transferência. **Revista Espanola de Investigaciones Quirúrgicas**, Madri, v.14, n. 2, p. 69-75, abr./jun. 2011.

Disponível em:

<http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1052/1/Valenzuela_ContinuidadTransferencia.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

MERHY, Emerson Elias. Educação Permanente em Movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v.1, n.1, p.7-14, 2014. Disponível em

<<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>>. Acesso em: 30 de abr. 2016.

MUNARI, Denize Bouttelet et al. Professional Master's degree in Nursing: knowledge production and challenges. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 204-210, mar./abr. 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/0104-1169-rlae-22-02-00204.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2014.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; HILSENDEGER, Bárbara Rosso; NETH, Caroline. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v 13, n.4, out./dez, p. 597-63, 2011. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a0>>. Acesso em: 17 mai. 2016.

NYIRENDA, Juma E. The relevance of Paulo Freire's contribution to education and development in present day Africa. **Africa Media Review**, Nairobi, v. 10, n. 1, 1996.

Disponível em:

<http://archive.lib.msu.edu/DMC/African%20Journals/pdfs/africa%20media%20review/vol10no1/jamr010001002.pdf?origin=publication_detail>. Acesso em: 28 out. 2014.

PAES, Graciele Oroski. **Gerenciando o cuidado de enfermagem com protocolos assistenciais**: a práxis em enfermagem e sua interface com a tecnologia em saúde. 2011. 231 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://teses2.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_GracieleOroskiPaes.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2014.

PAES, Graciele Oroski et al. Protocolo de cuidados ao cliente com distúrbio respiratório: ferramenta para tomada de decisão aplicada à enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 303-310, 2014. Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127730686018>>. Acesso em: 28 out. 2014.

PAES, Graciele Oroski; LEITE, Josete Luzia. Protocolos assistenciais: a práxis em enfermagem e sua interface com a tecnologia em saúde. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 17., 2013, Natal, RN. **Anais eletrônicos...**Natal, 2013. p. 02167-8. Disponível em:

<http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1402co.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016.

PAIM, Lygia et al. Desafios à pesquisa em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 386-390, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000200024&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 out. 2014.

PAGNO, Marines dos Santos; FAVERI Fabiano de. Rotatividade da equipe de enfermagem: análise dos fatores relacionados. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, p. 136-142, 2013. Disponível em: <<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/viewFile/2061/1360>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

PEDROSA, Ivanilda Lacerda; LIRA, Aldeci Alves de; OLIVEIRA, Bernadete de. Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2 p. 319-332, jul./out. 2011.

PINTO, Geraldo Augusto. **A organização do trabalho no século 20**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

PIRES, Denise Elvira Pires de. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008.

PIRES, Denise Elvira Pires de et al. **Enfermagem: desafios em um contexto complexo**. Florianópolis: COREN-SC, 2016. p. 1-22. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/TEXT0-NORTEADOR_.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2016.

QUADRADO, Ellen Regina Sevilla; TRONCHIN, Daysi Maria Rizatto. Evaluation of the identification protocol for newborns in a private hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p. 659-667, jul./ago, 2012. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 3 set. 2014.

QUINTÃO, Eliana Cardoso Vieira. **Manual para organizações prestadoras de serviços de saúde**. Versão 2014. São Paulo: Organização Nacional de Acreditação, 2014. Disponível em: <<http://www.dnvba.com/br/DNV%20%20Downloads/WEBNAR%20ONA.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

ROTHBARTH, Solange; WOLFF, Lillian Daisy Gonçalves; PERES, Aida Maris. Desenvolvimento de competências gerenciais do Enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de Administração aplicada à enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 321-9, abr./jun, 2009.

SADE, Priscila Meyenberg Cunha; PERES, Aida Maris; WOLFF Lillian Daisy Gonçalves. A formação das competências gerenciais do enfermeiro: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**, Recife, v.8, n.6, p.1739-45, jun., 2014. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../9377>. Acesso em: 04 jun. 2016.

SANTOS, José Luís Guedes et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 257-263, mar./abr. 2013.

SANTOS, Vinícius Oliveira. **Trabalho imaterial e teoria do valor em Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SIERRA DÌAZ Rubén; MEDINA LÓPEZ, Lola; CIRIZA ARAMBURU, Ana. Diseño de un protocolo de enfermería para pacientes alérgicos al látex en nuestra unidad de hemodiálises. **Revista Sociedade Espanhola de Enfermagem em Nefrologia**, Madri, v 1, n.4, p. 261-263, out./dez, 2010. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-83044>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

SILVA Michele de Freitas Neves; OLIVEIRA, Gabriela Novelli; MARCONATO, Aline Maino Pergola, *et al.* Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v 22, n2, p. 218-25, mar./abr., 2014.

SILVA Eliane Cristina da et al. Gerenciamento do tempo das ações de enfermagem no cuidado à criança e ao adolescente hospitalizados. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**, Recife v. 8, n. 11, p. 3920-8, nov. 2014. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../10799> Acesso em: 04 jun. 2016.

SILVA, Michele de Freitas Neves; OLIVEIRA Gabriela Novelli; MARCONATO, Aline Maino Pergola, *et al.* Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 218-25, mar./abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0104->. Acesso em: 12 jan. 2016.

SILVA, Ricardo Gonçalves. **Do welfare ao workfare: da política social keynesiana/fordista à política social schumpeteriana/pós-fordista**. 2011. 207 f. Tese (Doutorado em Política Social)–Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.neppos.unb.br/publicacoes/DoWelfareaoWorkfare.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2014.

SOUSA, Andréia Nadia Lima. Globalização, origem e evolução. **Caderno de Estudos Ciência e Empresa**, Teresina, v. 8, n. 1, jul., 2011. Disponível em: <<http://www.faete.edu.br/revista/Artigo%20Andreia%20Nadia%20Globalizacao%20ABNT.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2014.

SOUZA, Ana Inês et al. **Paulo Freire: vida e obra**. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

SPAGNOL, Carla Aparecida; FERNANDES, Marcia Simoni. Estrutura organizacional e o serviço de Enfermagem hospitalar: aspectos teóricos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.25, n.2, ago. p.157-64, 2004. Disponível em: <www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/.../2439&sa=U&ei=EP>. Acesso em: 10 abr. 2016.

STANCATO, Kátia; ZILLI, Priscila Trentin. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo ,v. 12, n. 47, abr./jun, p. 87-99, 2010.

TONG, Alisson; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, Melbourne, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

VERGANI, Assioni. **Procedimento operacional padrão**: orientações para elaboração. Disponível em: <<https://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/POP%20-%20Procedimentos%20Operacionais%20Padr%C3%A3o.pdf>>. Acesso em 10 mar 2017.

VENDRUSCOLO, Carine et al. A inserção da universidade no quadrilátero da educação permanente em saúde: relato de experiência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.25, n.1, p. 1-7, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2530013.pdf>> Acesso em: 10 mai. 2016.

VIEIRA, Carla Maria et al. Aplicação da técnica de grupo focal em pesquisa da Rede – SANS sobre as ações de alimentação e nutrição na atenção básica em saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.407-13, 2013.

ZATTI, Vicente. **Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

APÊNDICE A - Guia de Temas Para o Grupo Focal 1

Enfermeiros e Técnicos e Enfermagem das Unidades de Internação

1. Vocês conhecem algum protocolo utilizado na sua unidade? Quais?
2. Vocês têm participado da construção/elaboração dos protocolos. Quais? Como tem ocorrido esse processo de implementação no seu setor de trabalho?
3. Como e quando você utiliza os protocolos assistenciais? Fale a respeito?
4. Vocês receberam capacitação para implementar os protocolos? De que modo?
5. O uso de protocolos tem contribuído para a melhoria da sua prática assistencial? De que modo?
6. O protocolo facilita ou dificulta trabalho? Em que aspectos? Dê exemplos?
7. A implementação dos protocolos proporciona segurança e autonomia para realizar os atos assistenciais?
8. Gostaria de comentar algo mais sobre a implementação de protocolos?

APÊNDICE B - Guia de Temas Para o Grupo Focal 2

Membros da Comissão de Educação Permanente

1. Como está ocorrendo a construção/elaboração dos protocolos assistenciais? Quem define as prioridades? As tomadas de decisões ocorrem em que âmbito? São compartilhadas em que nível?
2. Quais as facilidades/dificuldades na construção/elaboração dos protocolos assistenciais?
3. Como ocorre a comunicação dos protocolos para as equipes de enfermagem que os implementam?
4. Como vocês percebem a adesão dos profissionais de enfermagem aos protocolos assistenciais? Como ocorre a apropriação desse conhecimento produzido?
5. O grupo gostaria de comentar algo mais sobre a implementação de protocolos?

APÊNDICE C - Guia De Temas Para o Grupo Focal 3

Encontro integrativo dos participantes dos Grupos Focais 1 e 2

1. Breve panorama dos resultados parciais das discussões nos Grupos Focais 1 e 2
2. Considerando os resultados parciais apresentados e que o Hospital está se organizando para atender as normas dos Ministérios da Saúde e Educação com vistas a adquirir a certificação de Hospital de Ensino, quais as estratégias a serem adotadas para dar sequência à implementação de protocolos assistenciais?
3. Possíveis encaminhamentos

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal 1

Prezado(a) Participante:

Por meio deste, estamos lhe convidando para participar, como voluntário(a), da pesquisa denominada **Interfaces do trabalho em enfermagem na construção de protocolos assistenciais**, cujo objetivo é analisar a implementação dos protocolos assistenciais em unidades hospitalares de atendimento a adultos. O estudo tem finalidade acadêmica, sendo isento de vinculações hierárquicas e administrativas ou de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício com o hospital. A equipe do projeto é constituída pela doutoranda Ivete Maroso Krauzer, sob orientação da Profa. Clarice Maria Dall’Agnol.

A coleta de informações, para a qual você está sendo convidado(a), neste momento, se dará por meio da Técnica de Grupo Focal, prevendo-se dois encontros de duas horas entre enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem de unidades de internação. Para viabilizar sua participação, as atividades serão desenvolvidas em uma sala anexa ao hospital, previamente reservada, de forma a proporcionar conforto, privacidade e possibilitar a disposição das cadeiras em círculo, a fim de permitir a visualização face-a-face entre todos os presentes.

Os riscos de sua participação são considerados mínimos, pois decorrem de eventuais desconfortos em razão do processo reflexivo e troca de ideias nas discussões em grupo. No entanto, a pesquisadora-doutoranda está devidamente capacitada para contornar situações dessa natureza. Os benefícios consistem na ampliação de conhecimento sobre o tema com possíveis repercussões no próprio ambiente de trabalho, tendo em vista o aprimoramento de normativas técnicas e da consoante articulação da equipe de enfermagem, em se tratando da aplicabilidade de protocolos assistenciais.

A pesquisadora-doutoranda coordenará os encontros com auxílio de uma observadora. Garante-se o anonimato dos participantes na divulgação dos resultados da pesquisa e zelo quanto ao caráter confidencial das informações compartilhadas no grupo. Destaca-se que somente constarão no relatório final da pesquisa as falas e diálogos que forem devidamente autorizados e validados por você, em um momento posterior a ser agendado para esta finalidade.

Em conformidade com a Resolução CNS 466/12, haverá gravação em áudio, com guarda do material transcrito em local seguro, pelo período mínimo de cinco anos, a partir da publicação dos resultados. Após esse período, o material será devidamente descartado.

Ressalta-se que a participação é voluntária, sem envolver benefício financeiro ou ônus para o participante, sendo assegurada a livre continuidade ou desistência do estudo em qualquer momento, sem que esta decisão acarrete qualquer prejuízo.

Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que forem necessários, mediante contato pelos fones e e-mails que constam junto a nossas assinaturas. Caso tenha dúvidas sobre aspectos éticos da pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Sul, sito à Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317. Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060. Fone: +55(51)3308-3738. E-mail: etica@propesq.ufrgs.br.

Uma via deste Termo é destinada ao participante e outra às pesquisadoras, após as respectivas assinaturas.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Clarice M. Dall'Agnol
clarice@adufgrs.ufrgs.br
(51)9919-2627

Dda. Ivete Maroso Krauzer
Ivete.krauzer@udesc.br
(49)3329-0918

De acordo,

Chapecó, ___/___/_____

Assinatura: _____

Nome do(a) Participante: _____

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal 2

Prezado(a) Participante:

Por meio deste, estamos lhe convidando para participar, como voluntário(a), da pesquisa denominada **Interfaces do trabalho em enfermagem na construção de protocolos assistenciais**, cujo objetivo é analisar a implementação dos protocolos assistenciais em unidades hospitalares de atendimento a adultos. O estudo tem finalidade acadêmica, sendo isento de vinculações hierárquicas e administrativas ou de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício com o hospital. A equipe do projeto é constituída pela doutoranda Ivete Maroso Krauzer, sob orientação da Profa. Clarice Maria Dall’Agnol.

A coleta de informações, para a qual você está sendo convidado(a), neste momento, se dará por meio da Técnica de Grupo Focal, prevendo-se dois encontros de duas horas entre os membros da Comissão de Educação Permanente do hospital. Para viabilizar sua participação, as atividades serão desenvolvidas em uma sala anexa ao hospital, previamente reservada, de forma a proporcionar conforto, privacidade e possibilitar a disposição das cadeiras em círculo, a fim de permitir a visualização face-a-face entre todos os presentes.

Os riscos de sua participação são considerados mínimos, pois decorrem de eventuais desconfortos em razão do processo reflexivo e troca de ideias nas discussões em grupo. No entanto, a pesquisadora-doutoranda está devidamente capacitada para contornar situações dessa natureza. Os benefícios consistem na ampliação de conhecimento sobre o tema com possíveis repercussões no próprio ambiente de trabalho, tendo em vista o aprimoramento de normativas técnicas e da consoante articulação da equipe de enfermagem, em se tratando da aplicabilidade de protocolos assistenciais.

A pesquisadora-doutoranda coordenará os encontros com auxílio de uma observadora. Garante-se o anonimato dos participantes na divulgação dos resultados da pesquisa e zelo quanto ao caráter confidencial das informações compartilhadas no grupo. Destaca-se que somente constarão no relatório final da pesquisa as falas e diálogos que forem devidamente autorizados e validados por você, em um momento posterior a ser agendado para esta finalidade.

Em conformidade com a Resolução CNS 466/12, haverá gravação em áudio, com guarda do material transcrito em local seguro, pelo período mínimo de cinco anos, a partir da publicação dos. Após esse período, o material será devidamente descartado.

Ressalta-se que a participação é voluntária, sem envolver benefício financeiro ou ônus para o participante, sendo assegurada a livre continuidade ou desistência do estudo em qualquer momento, sem que esta decisão acarrete qualquer prejuízo.

Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que forem necessários, mediante contato pelos fones e e-mails que constam junto a nossas assinaturas. Caso tenha dúvidas sobre aspectos éticos da pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Sul, sito à Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317. Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060. Fone: +55(51)3308-3738. E-mail: etica@propesq.ufrgs.br.

Uma via deste Termo é destinada ao participante e outra às pesquisadoras, após as respectivas assinaturas.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Clarice M. Dall’Agnol
clarice@adufgrs.ufrgs.br
(51)9919-2627

Dda. Ivete Maroso Krauzer
Ivete.krauzer@udesc.br
(49)3329-0918

De acordo,

Chapecó, ___/___/_____

Assinatura: _____

Nome do(a) Participante: _____

APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo Focal 3

Prezado(a) Participante:

Por meio deste, estamos lhe convidando para participar, como voluntário(a), da pesquisa denominada **Interfaces do trabalho em enfermagem na construção de protocolos assistenciais**, cujo objetivo é analisar a implementação dos protocolos assistenciais em unidades hospitalares de atendimento a adultos. O estudo tem finalidade acadêmica, portanto é isento de vinculações hierárquicas e administrativas ou de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício com o hospital. A equipe é constituída pela doutoranda Ivete Maroso Krauzer, sob orientação da Profa. Clarice Maria Dall’Agnol.

Anteriormente, houve discussões em grupos separados. Agora, você está sendo convidado para um encontro integrado de duas horas de duração entre todos participantes dos grupos focais anteriores (enfermeiros, técnicos de enfermagem e membros da Comissão de Educação Permanente do hospital). Com base nos resultados parciais já obtidos, serão discutidas possíveis estratégias e encaminhamentos com vistas à otimização do processo de implantação de protocolos assistenciais, no hospital. Assim como nos momentos anteriores, dispõe-se de uma sala anexa ao hospital, previamente reservada, de forma a proporcionar conforto, privacidade e possibilitar a disposição das cadeiras em círculo, a fim de permitir a visualização face-a-face entre todos os presentes.

Os riscos de sua participação são considerados mínimos, pois decorrem de eventuais desconfortos em razão do processo reflexivo e troca de ideias nas discussões em grupo. No entanto, a pesquisadora-doutoranda está devidamente capacitada para contornar situações dessa natureza. Os benefícios consistem na ampliação de conhecimento sobre o tema com possíveis repercussões no próprio ambiente de trabalho, tendo em vista o aprimoramento de normativas técnicas e da consoante articulação da equipe de enfermagem, em se tratando da aplicabilidade de protocolos assistenciais.

A pesquisadora coordenará os debates com auxílio de uma observadora. Garante-se o anonimato dos participantes na divulgação dos resultados da pesquisa, também o zelo pelo caráter confidencial, compartilhado nas informações que surgirem no grupo. Destaca-se que somente constarão no relatório final da pesquisa as falas e diálogos que forem devidamente autorizados e validados por você, em um momento posterior a ser agendado para esta finalidade.

Para viabilizar a retomada fidedigna das discussões, haverá gravação em áudio, prevendo-se guarda do material transcrito, em local seguro, pelo período mínimo de cinco anos, a partir da publicação dos resultados, em conformidade com o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Após esse período, o material será devidamente descartado.

Ressalta-se que a participação é voluntária, sem envolver benefício financeiro ou ônus para o participante, sendo assegurada a livre continuidade ou desistência do estudo em qualquer momento, sem que esta decisão acarrete qualquer prejuízo.

Estamos à disposição para esclarecimentos que forem necessários, mediante contato pelos fones e e-mails que constam junto a nossas assinaturas. Caso tenha dúvidas sobre aspectos éticos da pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Sul, sito à Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317. Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro. Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060. Fone: +55 51 3308 3738. E-mail: etica@propesq.ufrgs.br.

Uma via deste Termo é destinada ao participante e outra às pesquisadoras, após as respectivas assinaturas.

Atenciosamente,

 Profa. Dra. Clarice M. Dall’Agnol
clarice@adufgrs.ufrgs.br
 (51)9919-2627

 Dda. Ivete Maroso Krauzer
Ivete.krauzer@udesc.br
 (49)3329-0918

De acordo,

Chapecó, ___/___/_____

Assinatura: _____

Nome do(a) Participante: _____

ANEXO A - Autorização do campo da pesquisa para a coleta das informações

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Chapecó, 02 de março de 2015.

À Gerência de Serviços
Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira

Eu, **IVETE MAROSO KRAUZER**, responsável principal pelo projeto de doutorado **(Inter)faces do trabalho em enfermagem na implementação de protocolos de organização dos serviços**, o qual se vincula ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF), venho solicitar autorização para realizar pesquisa nos setores de internação de adultos, do Hospital Regional do Oeste que implementam protocolos assistenciais. O objetivo consiste em analisar a implementação dos protocolos, em unidades hospitalares de atendimento a adultos, a partir dos pressupostos teóricos de Paulo Freire, sob orientação da Professora Clarice Maria Dall'Agnol.

Contatos da pesquisadora e orientadora:

Ivete Maroso Krauzer: Ivete.krauzer@udesc.br Telefone: (49) 3329 6326 99873788

Clarice Maria Dall'Agnol: Clarice@dadsufms.ufrgs.br Telefone: (51) 99192627

Cumpra esclarecer que, somente após a autorização desta Instituição e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Gerência.

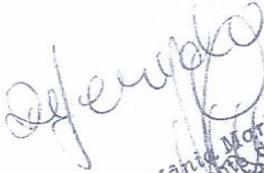
Atenciosamente.



Assinatura da Pesquisadora Principal
UDESC/UFRGS



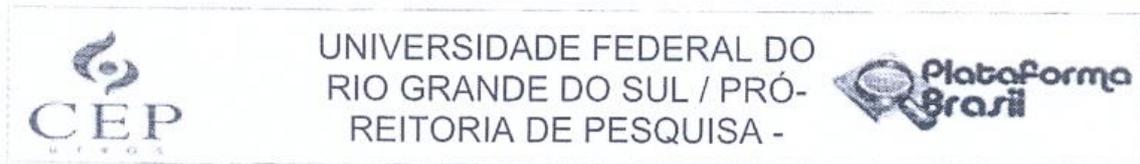
Assinatura da Pesquisadora Orientadora
PPGENF/UFRGS


Vânia Maria Loyera
Gerência de Serviços
LRA 1502 9502
03/03/2015

Recebido em
04/03/15
Clara A.


Tania M.T. Zunkowsky
Diploma de Enfermagem
COREN-SC 17002

ANEXO B - Parecer de aprovação do projeto no CEP/UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: (Inter)faces do trabalho em enfermagem na implementação de protocolos assistenciais

Pesquisador: Clarice Maria Dall'Agnol

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50337315.6.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.348.999

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, em nível de Doutorado, que visa estudar protocolos assistenciais em ambiente hospitalar. Envolve a análise do processo de construção e apropriação desses protocolos ao trabalho diário de enfermagem, em um hospital de alta complexidade.

Objetivo da Pesquisa:

Este estudo tem, como objetivo geral, 'analisar a implementação dos protocolos, em unidades hospitalares de atendimento a adultos'. Tem, como objetivos específicos, 'conhecer como ocorre a construção/elaboração dos protocolos assistenciais' e 'identificar como a equipe de enfermagem se apropria e implementa os protocolos assistenciais'.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em projeto, Plataforma Brasil e TCLE, há menção a riscos e benefícios. Consta o que segue. 'A pesquisa caracteriza-se com risco mínimo aos participantes. Embora seja realizada em ambiente apropriado, poderá causar desconfortos durante as reflexões sobre a temática, no entanto, a pesquisadora, moderadora dos debates, está devidamente instrumentalizada para o manejo dessas situações, caso venham ocorrer. Os benefícios consistem na ampliação de conhecimento sobre o tema com possíveis repercussões no próprio ambiente de trabalho, campo do estudo, com

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

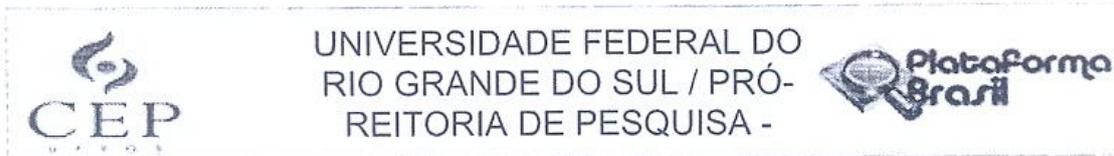
UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.348.999

vistas ao aprimoramento de normativas técnicas e da consoante'.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa 'qualitativa, de abordagem descritiva e exploratória', a ser realizada em hospital regional, público, de alta complexidade, na cidade de Chapecó, em Santa Catarina (Hospital Regional do Oeste). A referida instituição tem protocolos assistenciais que tratam de segurança do paciente (como cirurgia segura, prevenção de quedas, administração de medicamentos, etc.).

As informações serão coletadas por meio de Grupos Focais, em 3 etapas. Na primeira, denominada Grupo Focal 1, haverá 2 encontros com 8 profissionais (4 enfermeiras assistenciais e 4 técnicos de enfermagem), para obtenção de dados a respeito da implementação de protocolos assistenciais. A seleção dos participantes ocorrerá 'mediante o procedimento snowball, em que um informante-chave de cada categoria profissional indica outro e, assim, subsequentemente, até preencher o módulo desejado'. No Grupo Focal 2, haverá 2 encontros com todos os membros da Comissão de Educação Permanente (CEP/HRO) que aceitem participar do estudo. Composta por 10 profissionais (enfermeiras do hospital, profissionais do serviço de apoio e docentes de cursos de graduação em enfermagem de Chapecó), esta comissão acompanhou a implantação dos protocolos assistenciais. Visa-se obter informações sobre construção/elaboração dos referidos protocolos. Por fim, na posse dos resultados parciais das etapas anteriores, no Grupo Focal 3, prevê-se um encontro integrador, envolvendo todos os participantes dos Grupos Focais 1 e 2.

O roteiro das questões a serem abordadas em cada etapa da pesquisa é apresentada nos documentos apresentados.

A periodicidade dos encontros será quinzenal. Serão desenvolvidos em auditório anexo ao hospital, em local disponibilizado pela chefia de enfermagem, e terão duração de 2 h. Segundo os pesquisadores, 'serão realizados durante o horário de trabalho, conforme acordado previamente com a chefia de enfermagem do Hospital'.

Haverá gravação em áudio dos encontros, cujo material será guardado por 5 anos após a conclusão da pesquisa, em local seguro, quando será descartado.

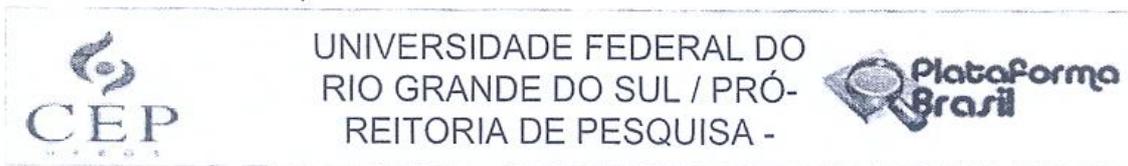
As informações serão avaliadas por meio de Análise Temática. Para sua organização, será empregado software N-vivo 10 Educational License.

O cronograma que consta em projeto de pesquisa e Plataforma Brasil prevê o início da coleta de dados em janeiro de 2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados 3 TCLE (cada um referente aos 3 grupos focais propostos pelo estudo),

Endereço:	Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro		
Bairro:	Farroupilha	CEP:	90.040-060
UF:	RS	Município:	PORTO ALEGRE
Telefone:	(51)3308-3738	Fax:	(51)3308-4085
		E-mail:	etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.348.999

Parecer de Aprovação pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da UFRGS e Solicitação de Autorização para Pesquisa (denominada de Anexo A), direcionada ao Hospital Regional do Oeste.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram devidamente respondidas pelos pesquisadores, conforme apresentado a seguir.

1. Deve ser apresentado o Termo de Concordância das Instituições Envolvidas, denominado no projeto de Anexo B.

Resposta à pendência: O referido Termo foi erroneamente mencionado no texto do projeto. Esta menção foi retirada.

2. O cronograma deve ser atualizado, prevendo o início da coleta de dados somente após a aprovação pelo CEP-UFRGS.

Resposta à pendência: O cronograma foi atualizado.

3. Segundo orientações do CEP-UFRGS, sugere-se não incluir dados pessoais, como telefone celular, nos TCLE apresentados.

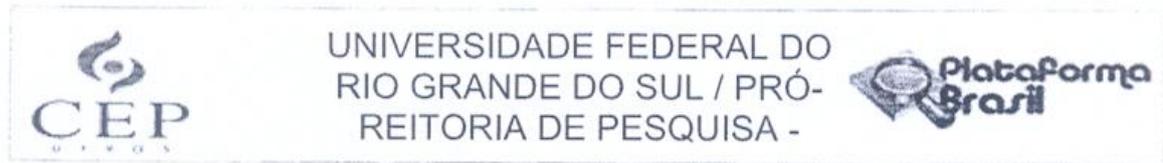
Resposta à pendência: As pesquisadoras justificaram a inclusão dos telefones, por considerarem '... importante assegurar que os participantes tenham efetivo acesso aos pesquisadores, razão pela qual disponibilizamos nossos telefones celulares. Isto ainda mais se faz necessário, considerando os frequentes deslocamentos da pesquisadora-doutoranda entre as cidades de Chapecó e Porto Alegre...' 'Já a pesquisadora-orientadora tem se deslocado frequentemente para salas alternativas, nas quais não há telefone, devido à obra prolongada no prédio, assim, também depende do celular para contatos. Por fim, em evento recente sobre ética (Instituto de Cardiologia de POA), membro do CEP/UFRGS que foi palestrante nesse evento, alertou justamente para a importância de informar contatos pessoais no TCLE para viabilizar que o participante tenha acesso ao pesquisador, quando necessário'.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.348.999

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_602827.pdf	30/11/2015 22:31:07		Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_UFRGS_ajustes_pendencias.pdf	30/11/2015 22:30:17	Clarice Maria Dall'Agnol	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo_ajustes_16_11_15.pdf	29/11/2015 21:50:53	Clarice Maria Dall'Agnol	Aceito
Outros	Parecer_aprovacao_COMPESQ_ENF_UFRGS.pdf	20/10/2015 16:49:51	Clarice Maria Dall'Agnol	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_LUCIMARE.pdf	07/10/2015 11:54:16	Clarice Maria Dall'Agnol	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_IVETE.pdf	07/10/2015 11:53:32	Clarice Maria Dall'Agnol	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_CLARICE.pdf	07/10/2015 11:52:41	Clarice Maria Dall'Agnol	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_institucional_previa.pdf	07/10/2015 11:51:14	Clarice Maria Dall'Agnol	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GF3.pdf	07/10/2015 11:48:44	Clarice Maria Dall'Agnol	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GF2.pdf	07/10/2015 11:48:22	Clarice Maria Dall'Agnol	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GF1.pdf	07/10/2015 11:47:52	Clarice Maria Dall'Agnol	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_assinada.pdf	07/10/2015 11:41:13	Clarice Maria Dall'Agnol	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 03 de Dezembro de 2015

Maria da Graça Corso da Motta
 Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
 (Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farrroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br