



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CEDESS - CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde - Região Norte

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: oportunidades de aprendizagem e inovação da prática
profissional**

Amanda Caroline Maciel Amorim

São Paulo

2013

AMANDA CAROLINE MACIEL AMORIM

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
oportunidades de aprendizagem e inovação da prática profissional**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit

Coorientadora: Prof^a Dra. Alderlandia da Silva Maciel

SÃO PAULO - SP

2013

FICHA CATALOGRAFICA

Amorim, Amanda Caroline Maciel

EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: oportunidades de aprendizagem e inovação da prática profissional - São Paulo, 2013

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. CEDESS - CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Título em Inglês: Continuous Education in Family Health Strategy: opportunities for learning and innovation in professional practice

Descritores: 1– Sistema Único de Saúde 2– Educação Permanente em Saúde
3-Estratégia de Saúde da Família 4-Formação Profissional em Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CEDESS - CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenadora do Centro: Profª Dra. Irani Ferreira da Silva.

Coordenadora do Programa: Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista

AMANDA CAROLINE MACIEL AMORIM

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
oportunidades de aprendizagem e inovação da prática profissional**

Presidente da Banca: Prof^a. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Iêda Maria Avila Vargas Dias

Prof^a. Dra. Isabel Cristina Céspedes

Prof^a. Dra. Maria Cecília Sonzogno

Aprovada em: ___/___/___

DEDICATÓRIA

Ao Deus do impossível que me presenteou com esta oportunidade...

A minha mãe, exemplo de amor e perseverança...

A meu pai, pelo carinho, cuidado e proteção...

Aos meus amores-irmãos: Maria, pelo apoio e incentivo de todos os dias; Chaira, pelas palavras de estímulo; Bernardo, pelos abraços que falam mais que mil palavras...

Aos profissionais de saúde que dedicam seu tempo e amor ao trabalho na Estratégia da Saúde da Família e fazem a diferença nas comunidades que atuam...

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo amor e provisão de todos os dias.

A minha orientadora Rosana Rossit pelo incentivo, dedicação e compreensão dos momentos de cansaço, mas que com suas mensagens de incentivo me motivaram a não desistir.

A minha família... Pai: José Raimundo, Mãe: Maria do Socorro, Irmãs: Maria e Chaira, Irmão: Bernardo, pelo apoio a cada nascer e pôr-do-sol.

A minha irmã Maria em especial, que incansavelmente auxiliou nas transcrições das entrevistas e não cansou de me fazer lembrar sobre minha capacidade.

Aos meus colegas de trabalho, em especial aos gestores que fizeram parte desta jornada, Anna Lucia Abreu, Jesuíta Arruda, Jorge, Clei, Patrícia Silva e Osvaldo Leal, pela compreensão da importância da qualificação profissional e por terem permitido minhas ausências no ambiente de trabalho.

A minha amiga Priscila Miranda pelas horas disponibilizadas para me fazer entender o uso do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para a análise dos dados da pesquisa.

As amigas Tamara Smoly, Renata Sanchez, Ana Flávia, Katiúscia e Dalcila pelo companheirismo no trabalho e contribuições técnicas.

A prima Alderlândia, que se manteve em sentinela, sempre disposta a contribuir com o processo de construção da pesquisa.

As minhas famílias da Bahia e do Acre pelo apoio quando necessário e pela compreensão da minha ausência nas reuniões de família, para que eu pudesse estar finalizando este trabalho.

“Ter sabedoria e vertê-la em palavras é a honra maior a nós concedida.”

Rumi

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem papel importante na reorientação das estratégias de educação em saúde e historicamente tem proposto mudanças nos modos de ensinar e aprender no setor. Compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma estratégia do SUS para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e explicita a importância da reflexão coletiva da equipe de trabalho, a partir dos problemas reais encontrados na prática cotidiana. A Educação Permanente desempenha sua função, quando está envolvida numa prática de transformação, que traduz uma teoria dialética do conhecimento, como um processo de criação e recriação, desenvolvendo a reflexão crítica sobre a prática de trabalho. O objetivo desse estudo foi analisar as ações da Educação Permanente ofertadas aos profissionais de saúde, que atuam na Estratégia de Saúde da Família no município de Rio Branco-AC, e sua interferência nas práticas em serviço. Participaram da pesquisa 127 profissionais de saúde e 10 gestores da Atenção Básica, em um estudo descritivo transversal, com análise quantitativa e qualitativa, tendo utilizado roteiros de questionário e entrevista. Na abordagem quantitativa foi utilizada a Escala de Likert e na abordagem qualitativa foi utilizada a análise temática. A situação da Política de Educação Permanente em Saúde no município de Rio Branco não difere de outros estados, está em processo de implantação. Verifica-se a necessidade de esclarecimentos conceituais e operacionais sobre esse processo de educação profissional inovador. É preciso que haja uma equipe gestora com habilidade para identificar os nós críticos e disponibilidade de realizar um planejamento estratégico voltado à assistência da Estratégia de Saúde da Família. Acredita-se que este estudo possa contribuir para gestores e profissionais da saúde na reflexão sobre suas ações, permitir a implementação de mudanças de práticas na assistência a saúde para a melhoria da qualidade dos serviços e criar novas expectativas no fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde - Educação Permanente em Saúde - Estratégia de Saúde da Família - Formação Profissional em Saúde

ABSTRACT

The Unified Health System (acronym SUS in Brazilian for Sistema Único de Saúde) has an important role in the reorientation of strategies of education in health and has been offering changes in the way of learning and teaching the matter. The Unified Health System commands the shaping of human resources in the health area. The National Policy on Health Permanent Education (acronym PNEPS in Brazilian for Política Nacional de Educação Permanente em Saúde) is a strategy of the Unified Health System for the organization and development of workers for the department and explicits the importance of a collective reflection of the work team taken from the true issues found in the daily practice. The Permanent Education plays its role when it is involved in a transformation practice which translates into a dialectic theory of knowledge, like a process of creation and recreation, developing a critical reflection about the work practice. The goal of this study was to analyze the actions of the Permanent Education offered to the health professionals who work in the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família) in the city of Rio Branco and its interference in the service practices. The research was participated by 127 health professionals and 10 managers of Basic Attention (Atenção Básica), in a descriptive transversal study, with quantitative and qualitative analysis, using questionnaires and interviews. In the quantitative approach it was used the Likert Scale and in the qualitative approach it was used the theme analysis. The situation of the National Policy on Health Permanent Education in the city of Rio Branco doesn't differ from other states and it is in the process of implantation. There is a need of conceptual and operational clarifications about this innovating professional education process. A management team with the skills to identify the critical nodes and the availability of a strategic planning to aid the Family Health Strategy is required. It is believed that this study can contribute to managers and professionals from the health department to reflect their actions, allow the implementation of practical changes in health assistance in order to improve the quality of the services and create new expectations to strengthen the National Policy on Health Permanent Education.

Key words: Unified Health System - Health Permanent Education - Family Health Strategy - Formation in Health

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1** – Respostas dos profissionais a assertiva “A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para saúde”.....53
- GRÁFICO 2** – Respostas dos profissionais a assertiva “A Educação Permanente em Saúde agrega aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva”.....54
- GRÁFICO 3** – Respostas dos profissionais a assertiva “No seu cotidiano profissional são desenvolvidas ações de Educação Permanente”.....55
- GRÁFICO 4** – Respostas dos profissionais a assertiva “Os processos de capacitação ofertada à equipe são compatíveis com as necessidades de saúde da população de sua área de abrangência”.....56
- GRÁFICO 5** – Respostas dos profissionais a assertiva “Os gestores das Unidades da Estratégia da Saúde da Família motivam a participação dos profissionais em processos de qualificação profissional”.....57
- GRÁFICO 6** – Respostas dos profissionais a assertiva “O profissional deve buscar qualificação profissional para melhorar o atendimento a saúde da população”.....58
- GRÁFICO 7** – Respostas dos profissionais a assertiva “Os conteúdos ensinados através das ações de Educação Permanente são incorporados ao cotidiano das organizações e do trabalho”.....59
- GRÁFICO 8** – Respostas dos profissionais a assertiva “Os conhecimentos adquiridos nas capacitações proporcionam transformação/mudanças na organização do trabalho”.....60

GRÁFICO 9 – Respostas dos profissionais a assertiva “Os conhecimentos adquiridos nas capacitações proporcionam transformação/mudanças nas práticas profissionais”.....61

GRÁFICO 10 – Respostas dos profissionais a assertiva A10 “A melhoria da qualidade da assistência NÃO tem relação com as capacitações ofertadas/realizadas”.....62

GRÁFICO 11 – Respostas dos profissionais a assertiva “NÃO há diferença da prática de assistência em saúde entre um profissional que participa de processos formativos e outro que não participa”.....63

GRÁFICO 12 – Respostas dos profissionais a assertiva “As ações de Educação Permanente motivam a fazer inovação no atendimento em saúde”.....63

GRÁFICO 13 – Respostas dos profissionais a assertiva “Tenho dificuldade em participar de processos de formação – Educação Permanente”.....64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Unidades de Saúde da Família e o quantitativo de suas respectivas equipes.43

QUADRO 2: Categorias e subcategorias emergentes do núcleo direcionador “*Entendimentos sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*.....65

QUADRO 3: Categorias e subcategorias emergentes do núcleo direcionador “*Percepção sobre saúde.*”69

QUADRO 4: Categorias e subcategorias emergentes do núcleo direcionador “*Contribuições da Educação Permanente para o conhecimento e a prática do serviço.*”71

QUADRO 5: Categorias e subcategorias emergentes do núcleo direcionador “*Dificuldades e facilidades na implementação da Educação Permanente.*”74

QUADRO 6: Categorias e subcategorias emergentes do núcleo direcionador “*Participação dos profissionais de saúde nos processos formativos de qualificação profissional.*”78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas e profissionais dos participantes...45

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 – Mapa do Estado do Acre.....	41
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIES-AC	Comissão Permanente de Integração Ensino/Serviço do Estado do Acre
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SESC	Serviço Social do Comércio
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UC	Unidades de Contexto
UR	Unidades de Registro

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
INTRODUÇÃO	22
2. OBJETIVOS	26
2.1. Objetivo Geral.....	26
2.2. Objetivo Específico.....	26
3. REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.1. Educação Permanente no Sus.....	27
3.2. Formação em Saúde: Educação Permanente <i>versus</i> Educação Continuada	32
3.3. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família e o desafio da Educação Permanente	36
4. PERCURSO METODOLOGICO	39
4.1. Delineamento do estudo	39
4.2. O contexto do cenário da pesquisa.....	41
4.3. Participantes da pesquisa.....	45
4.4. Local de realização da pesquisa.....	46
4.5. Instrumentos de coleta de dados	46
4.6. Procedimentos Éticos	48
4.7. Procedimentos de coleta de dados	49
4.8. Procedimentos de análise dos dados	49
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	52
5.1. Análise dos resultados dos questionários	52
5.2. Análise dos resultados das entrevistas com os gestores.....	65
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	83
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	89
APÊNDICES	91
APÊNDICE A – CARTA CONVITE.....	92
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO – PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	94
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES..	96
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	97
ANEXOS	99
ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO	100

APRESENTAÇÃO

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.”

Cora Coralina

Minha caminhada na Atenção Básica teve início no ano de 2009. Desde então, vivencio as dificuldades da interação das minhas bases formativas com as questões centrais da Saúde Pública, devido ao distanciamento existente entre o ensino e os serviços de saúde.

Aproximei-me da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), quando estava ainda na graduação, a qual se revelou para mim como uma proposta de qualificação profissional a partir de uma determinada realidade. Nesse momento, minha compreensão sobre o valor estratégico dessa Política surgiu quando participei do “Núcleo Interdisciplinar de Trabalho e Educação em Saúde”, do qual faziam parte acadêmicos de medicina, enfermagem, educação física, serviço social e biologia que realizavam estudos e discussões sobre os processos de trabalho e educação na saúde. A criação do núcleo ocorreu em virtude desse grupo de alunos, entenderem a necessidade de complementar os temas debatidos nas disciplinas dos cursos.

Tendo me envolvido profundamente nas ações desse Núcleo, fui indicada para participar do Curso de “Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde”. A partir daí, tive a oportunidade de realizar um estágio extracurricular no setor de Educação em Saúde do Serviço Social do Comércio – SESC, o que contribuiu para o meu despertar sobre a importância da formação em serviço com práticas educativas.

Vasconcelos et al. (2009) colocam que a Educação Permanente em Saúde parte do reconhecimento de que é no trabalho que o profissional pratica sua capacidade de autoavaliação, investigação, trabalho em equipe e identificação da necessidade de conhecimentos complementares.

Luz (2010) afirma que:

A Educação Permanente pode possibilitar que os profissionais repensem suas práticas e condutas, entendem o processo de trabalho no qual estão inseridos, busquem novas estratégias de intervenção e, além disso, pode fazer com que superem as dificuldades individuais e coletivas no trabalho (p.5).

A experiência da formação universitária, mostrou conteúdos fragmentados e repassados de forma pouco contextualizada, sem as evidências e a oportunidade de integração do ensino com o serviço de saúde.

Entendo que, sendo essa formação nos moldes da proposta da Educação Permanente em Saúde, em que a formação em serviço permite uma maior aproximação destes dois mundos: teoria e prática o que possibilita maior estímulo do profissional em formação a ter autonomia frente às situações adversas e assim, maiores chances de intervenção na real necessidade de saúde da população.

Sou enfermeira e ainda como acadêmica de Enfermagem, participei de algumas oficinas de capacitação em áreas como: saúde da mulher e do idoso, imunização, hipertensão arterial, dengue, entre outras. Durante os intervalos das oficinas e nos momentos de debates dos grupos, os comentários e questionamentos eram gerais: *“o que viemos fazer aqui?”*, *“nada muda!”*, *“o que isso vai melhorar no atendimento da população?”*, *“lá vem mais trabalho para gente”*. Através desses relatos, percebi também, como sujeito do processo, que na maioria das vezes, a forma como o tema era abordado, gerava uma lacuna entre as informações repassadas e as reais necessidades dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de suas atividades no campo da assistência à população.

Concluída a graduação em Enfermagem e ingressando como profissional na Rede de Atenção Básica, tive a oportunidade de participar de outros processos formativos, denominados pelos profissionais facilitadores como ações de Educação Permanente. Nesses encontros, prevalecia o contato e a leitura dos manuais do Ministério da Saúde sem uma devida contextualização ou justificativa, o que gerava desmotivação, falta de estímulo e de sensibilização para mudança das práticas em serviço. Percebia ainda, o desânimo dos profissionais em participar de forma ativa nas ações de capacitação ofertadas.

A localização geográfica da unidade de saúde onde trabalho, Centro de

Saúde Barral y Barral, faz com que ele seja referência de grande parte da população do município de Rio Branco-AC. A alta demanda assistencial gera uma maior quantidade de problemas sociais e, conseqüentemente, exige maior preparação e dedicação do profissional para saber lidar com situações-problema adversas, e na maioria das vezes ele não possui a expertise para resolução das demandas existentes.

Compreendendo que a Educação Permanente, além de ser estimuladora para reflexão de conceitos e práticas que permeiam o cotidiano de um profissional de saúde, é também um potente elemento para fortalecer a consolidação do Sistema Único de Saúde e entendendo a relevância da qualificação profissional em todas as áreas da saúde, meu interesse pelo tema foi tomando dimensões maiores.

Na condição de enfermeira assistencial na Atenção Básica, vivencio dificuldades da interação teoria e prática em virtude de minhas bases formativas terem uma grande distância com a realidade da Saúde Pública em nosso país. Ao ingressar no mercado de trabalho, nos deparamos com uma carência de conhecimentos advindos do processo de formação inicial na graduação e ausência de conteúdos que nos permitisse atuar na assistência a saúde pública e a se adaptar a realidade dos serviços. Essa condição me permite observar a importância de desenvolver processos formativos que motivem mudanças das práticas profissionais por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Por meio do Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde vi a possibilidade de contribuir para a reflexão de que é preciso repensar as formações ofertadas e investir na qualificação profissional em serviço. Entretanto há vários desafios, dentre eles o de mudar a visão de muitos gestores com relação a importância de desenvolver planos de Educação Permanente pautados na realidade dos serviços e em aspectos relevantes para os profissionais de cada unidade de saúde. Existe certa resistência dos gestores em entender o papel de profissionais pesquisadores envolvidos na assistência, dada a condição de estarem em processos de reflexão e avaliação continuamente.

Um profissional da assistência com formação crítica, reflexiva e com possibilidades de pesquisar e intervir no próprio cenário de trabalho, pode contribuir com ações em busca de maior resolubilidade das demandas de saúde, melhora na

qualidade dos serviços de saúde e satisfação da força de trabalho, na medida em que oportuniza a ampliação de olhares em atenção às necessidades de cada realidade e cria espaços para a proposição de ações inovadoras para a prática profissional.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem papel importante na reorientação das estratégias de educação em saúde e historicamente tem proposto mudanças nos modos de ensinar e aprender no setor. Segundo a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988).

A Portaria nº198/GM/MS (BRASIL, 2004), institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e explicita a importância da reflexão coletiva da equipe de trabalho, a partir dos problemas reais encontrados na prática cotidiana (BRASIL, 2009).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) surgiu a partir de uma constatação da Organização Pan-Americana de Saúde de que havia uma estreita relação entre o planejamento das ações na saúde e o planejamento de recursos humanos da saúde. E também para atender a demanda de readequação da formação de profissionais da saúde, até então desvinculada da realidade do serviço e à margem das discussões e problemas sociais. Isto porque na EPS considera-se que “a atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida de seu saber real, determinando, desta maneira, sua aprendizagem subsequente” (Lopes et al. 2007, p.149) uma vez que o conhecimento tem sua origem na identificação das necessidades do serviço e na busca de solução para os problemas encontrados.

Segundo Ceccin (2005, p.976): “a Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente”.

Moutinho (2013) reforça esse conceito, trazendo a ideia que

a Educação Permanente em Saúde propicia a aquisição e renovação do conhecimento dos profissionais. Este processo não beneficia somente os profissionais da área da saúde, mas também toda a comunidade, com a melhoria do atendimento e a otimização dos cuidados prestados. Busca, também, desenvolver uma nova visão e reflexão sobre o meio social em que cada participante está inserido, e, como consequência, uma nova atitude frente às demandas (p, 9).

O Pacto pela Saúde, na sua dimensão do Pacto de Gestão, aponta como

diretrizes para o desenvolvimento da Educação na Saúde (BRASIL, 2006):

- avanço da PNEPS, por meio da compreensão do conceito de EPS adequado às especificidades de cada instituição/região;
- reconhecimento da EPS como processo educativo essencial da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS;
- compreensão e adoção das diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, inerentes à educação permanente;
- discussão e avaliação da implementação da PNEPS;
- revisão da normatização vigente que institui a Política, considerando a descentralização do planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da educação permanente no SUS;
- planejamento e acompanhamento das atividades de EPS e alocações de recursos pautados pela lógica de fortalecimento do SUS e atendimento das demandas sociais de saúde;
- cooperação técnica, articulação e diálogo entre gestores federal, estaduais e municipais, instituições formadoras, serviços de saúde e controle social.

Apesar de historicamente a Educação Permanente estar permeando os programas voltados para a área da saúde, só recentemente alçou o 'status' de política pública. Esta nova perspectiva vem gerando um movimento inovador de construção de conhecimentos visando apoiar sua consolidação e implementação, a qual foi regulamentada com a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.

A Educação Permanente desempenha sua função, quando está envolvida numa prática de transformação, que traduz uma teoria dialética do conhecimento, como um processo de criação e recriação, desenvolvendo a reflexão crítica sobre sua prática/trabalho (BRASIL, 2000).

A produção de conhecimentos em saúde caracteriza-se, então, como um processo gerado no trabalho, fundamentalmente participativo, já que resulta da confrontação de diferentes e complementares experiências entre a equipe de saúde e a comunidade.

A Estratégia de Saúde da Família "*representa a mais importante mudança estrutural já realizada no âmbito da saúde brasileira firmado pelo Pacto pela Saúde*" (PAULINO et al, 2012). Nesta estratégia a proposta de promoção à saúde implica

em um novo olhar dos profissionais da equipe, concebendo um conceito ampliado de saúde, tendo a integralidade como princípio de ação, a intersetorialidade, a articulação entre teoria e prática como eixos orientadores (PAULINO, SOUZA e BORGES, 2011).

Assim sendo, as necessidades de aprendizagem das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) deverão coincidir com seus conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, elementos essenciais para a resolução dos problemas identificados nas áreas de abrangências. Nessa perspectiva, tem se preconizado que o processo educativo não deve ser considerado um momento particular da vida acadêmica, e sim, um investimento na formação para o trabalho, onde o mesmo possa definir as demandas educacionais. (BRASIL, 2000).

Em 2009, o DEGES/SGTES/MS deu continuidade a implementação da PNEPS, definindo como pilares desse processo a regionalização, a criação dos espaços de articulação e a observância dos princípios da educação permanente na elaboração dos planos estaduais. Para acompanhar a execução da Política no âmbito estadual, o Departamento elaborou a pesquisa “Programa de Monitoramento e Avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente” e o “Plano de Monitoramento”, que seguiram os princípios e diretrizes do Pacto pela Saúde, permitindo um planejamento voltada para as necessidades dos serviços de saúde.

O objetivo desse estudo é analisar as ações da Educação Permanente ofertadas aos profissionais de saúde, que atuam na Estratégia da Saúde da Família no município de Rio Branco – Acre e sua interferência nas práticas em serviço.

Tendo como eixo central da Educação Permanente em Saúde (EPS) a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde, algumas questões norteiam a proposição desse projeto: Qual a contribuição da EPS na qualificação dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família? Quais as metodologias utilizadas para a qualificação desses profissionais? As oportunidades oferecidas para a EPS se configuram como espaços reais de aprendizagem? Que mudanças são implantadas na prática dos serviços após as formações oferecidas? Qual o

papel do gestor para a implementação da EPS nos serviços ofertados pela Estratégia de Saúde da Família?

Pressupõe-se que o modelo de EPS que vem sendo desenvolvida no município de Rio Branco-AC nos programas de atenção a saúde não tem atendido às reais necessidades dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família e ainda não tem atingido aos usuários do SUS com uma assistência humanizada e resolutiva.

Acredita-se que reforçar a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde através de processos formativos inovadores, através da aprendizagem significativa, seja uma alternativa para que a parceria ensino-serviço seja fortalecida e se obtenha profissionais com uma formação crítica, reflexiva e propositiva para a execução das ações de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar as ações da Educação Permanente ofertadas aos profissionais de saúde, que atuam na Estratégia de Saúde da Família no município de Rio Branco-AC, e sua interferência nas práticas em serviço.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar como a qualificação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família está contemplada nos Planos de Educação Permanente em Saúde no estado do Acre.
- Caracterizar as contribuições da Educação Permanente nas mudanças das práticas de saúde na perspectiva dos profissionais.
- Analisar o papel do gestor na implementação da Educação Permanente nos serviços ofertados pela Estratégia de Saúde da Família;

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Educação Permanente no SUS

O SUS é o sistema de saúde criado no período da Nova República. Sua criação foi motivada pelo movimento da Reforma Sanitária que visou reformular os modos de fazer na saúde, que estava voltada para uma assistência médica curativa vinculada ao setor privado, com visão lucrativa, sem resolutividade e de alto custo.

A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998 citado por AGUIAR, 2011, p.36).

De acordo com Aguiar (2011), a 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 1998) de 1986, é um marco para a saúde brasileira, sendo que a partir desse movimento as discussões sobre assistência de saúde ofertada à população foram fomentadas “gerou-se um importante espaço para o debate dos problemas do sistema de saúde e de propostas de reorientação da assistência médica e de saúde pública” (p. 37).

A 8ª CNS representou o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século XX, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um sistema público de saúde para o Brasil. Essa conferência colocou em pauta três aspectos necessários à reforma sanitária: um conceito amplo de saúde que extrapola a visão meramente biologicista; a saúde como direito de cidadania e obrigação do Estado; e a instituição de um sistema único pautado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização e da participação da comunidade (BRASIL, 2006).

Desde sua aprovação, em 1988 com a Constituição Federal, o SUS enfrenta muitos entraves e desafios para sua implementação e consolidação, visto que o setor saúde tem uma tendência a acompanhar os movimentos políticos e econômicos do país.

Conforme descrito por Mattos (2001), o SUS está descrito na Carta Magna, no capítulo que trata da Seguridade Social, mais especificamente nos artigos 196 a 200, onde estão explicitadas suas características, definições, responsabilidades, financiamento, competências e atribuições, o que permite a todo cidadão o direito a saúde a ser garantido pelo Estado, por meio de políticas públicas e sociais.

Este sistema foi regulamentado através das chamadas Leis Orgânicas da Saúde, a Lei 8.080/1990 que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a regulação das ações, organização e funcionamento dos serviços de saúde. E a Lei 8.142/1990 no que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (AGUIAR, 2011).

O SUS tem papel importante na reorientação das estratégias de educação em saúde e historicamente tem proposto mudanças nos modos de ensinar e aprender no setor. Segundo a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, sendo essa responsabilidade mais um desafio, pois infelizmente,

a formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela leitura das necessidades sociais em saúde. É conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das Universidades e das Sociedades de Especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados. (BRASIL, 2001, p.42-3)

Segundo Filho (2004) a educação vem formando profissionais para atuar na saúde sem que exista um diagnóstico preciso em relação às necessidades desse setor, o que ocasiona um descompasso entre as ações educacionais e as necessidades dos serviços de saúde, descompasso que obriga o setor saúde a assumir a responsabilidade e a intensificar iniciativas para preparar seus quadros nos próprios locais de trabalho.

A reflexão sobre os modos de ensinar e aprender ganham ênfase quando se projeta um profissional dinâmico, sensível a realidade de saúde da população e com autonomia no seu processo de trabalho. Dessa forma, os processos de ensino-aprendizagem repetitivos, conteudistas e descontextualizados que são comuns nas ações de capacitação, onde o sujeito apenas memoriza as informações, vai dando

lugar a aprendizagem significativa, que ocorre quando o material de aprendizagem se relaciona de forma substantiva com aquilo que a pessoa já sabe e quando essa nova informação está, de alguma forma, relacionada com os conhecimentos prévios da pessoa. Para que haja aprendizagem significativa duas condições são indispensáveis: primeiro, o conteúdo deve ser potencialmente significativo e, segundo, a pessoa deve estar motivada para relacionar o que aprende com o que já sabe e de forma aberta interagir com o outro (BRASIL, 2005).

A proposta da Educação Permanente é provocar mudanças no processo de trabalho em saúde a partir da realidade. A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, no sentido de que ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2007)

A proposta da EPS foi difundida em 1980, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a partir da constatação que havia uma estreita relação entre o planejamento das ações na saúde e o planejamento de recursos humanos da saúde. E também para atender a demanda de readequação da formação de profissionais da saúde, até então desvinculada da realidade do serviço e à margem das discussões e problemas sociais. Isto porque na EPS considera-se que a atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida de seu saber real, podendo determinar sua aprendizagem subsequente, uma vez que o conhecimento tem sua origem na identificação das necessidades do serviço e na busca de solução para os problemas encontrados (LOPES et al., 2007).

Segundo Ceccin (2005, p.976) “a EPS constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente”.

No Brasil, é responsabilidade do gestor federal, no caso o Ministério da Saúde/SUS, a formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde. Entretanto, Moura e Rocha (2005, p.2) relatam que “a formação no setor saúde ainda é, de forma predominante, alheia à organização da gestão e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado à saúde no SUS”, o que contribui para que a política de formação em saúde seja um desafio contínuo do setor saúde, visto que os componentes de gestão, atenção e participação popular devem estar articulados com o componente de educação dos profissionais de saúde.

A Portaria nº198/GM/MS (BRASIL, 2004), institui a PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e explicita a importância da reflexão coletiva da equipe de trabalho, a partir dos problemas reais encontrados na prática cotidiana. Neste mesmo documento, no parágrafo único do Art. 1º há a descrição das funções do Polo de EPS, destaca-se três delas por descreverem o principal objetivo da PNEPS:

- III. propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
- IV. articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;
- V. formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base local;

Os Polos de EPS (BRASIL, 2004), hoje representados pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço, eram instâncias colegiadas que serviam para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional. Através desses polos foi possível a participação de diversos atores, instituições formadoras, gestores, serviços e controle social, para discutir sobre a realidade da saúde local e

pensar a EP como estratégia de fortalecimento do SUS e como ferramenta para a melhoria da qualidade da assistência na saúde.

No município de Rio Branco-AC, as primeiras discussões relacionadas a EPS surgiram no ano de 2003, a partir de oficinas coordenadas pela equipe da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Ministério da Saúde. O Polo de EPS do Acre foi criado oficialmente em 18 de dezembro de 2003, através da Resolução nº 23 do Conselho Estadual de Saúde.

Em 2006, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), na sua dimensão do Pacto de Gestão, aponta como diretrizes para o desenvolvimento da Educação na Saúde: avanço da PNEPS, por meio da compreensão do conceito de EPS adequado às especificidades de cada instituição/região; reconhecimento da EPS como processo educativo essencial da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS; compreensão e adoção das diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, inerentes à educação permanente; discussão e avaliação da implementação da PNEPS; revisão da normatização vigente que institui a Política, considerando a descentralização do planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da educação permanente no SUS; planejamento e acompanhamento das atividades de EPS e alocações de recursos pautados pela lógica de fortalecimento do SUS e atendimento das demandas sociais de saúde; cooperação técnica, articulação e diálogo entre gestores federal, estaduais e municipais, instituições formadoras, serviços de saúde e controle social.

Apesar de historicamente a educação permanente estar permeando os programas voltados para a área da saúde, só recentemente alçou o 'status' de política pública. Esta nova perspectiva vem gerando um movimento inovador de construção de conhecimentos visando apoiar sua consolidação e implementação, regulamentada pela Portaria nº 1.996/GM/MS de 20 de agosto de 2007, que considera que a Educação Permanente é um conceito pedagógico no setor saúde para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre a docência e atenção à saúde, define novas diretrizes e estratégias para implementar a EPS com base nas diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde (PORTARIA Nº 1.996/GM/MS de 2007).

A partir da publicação desta portaria, no município de Rio Branco-AC houve a pactuação da composição da Comissão Permanente de Integração Ensino/Serviço do Estado do Acre – CIES-AC, sendo a mesma composta por gestores, trabalhadores, estudantes e representantes do controle social. A referida Comissão conduziu o processo de elaboração do primeiro Plano a partir dos princípios da PNEPS, priorizando ações que contribuía para a estruturação e fortalecimento dessa política.

Em 2009, o DEGES/SGTES/MS deu continuidade a implementação da PNEPS, definindo como pilares desse processo a regionalização, a criação dos espaços de articulação e a observância dos princípios da educação permanente na elaboração dos planos estaduais. Para acompanhar a execução da Política no âmbito estadual, o Departamento elaborou a pesquisa “Programa de Monitoramento e Avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente” e o “Plano de Monitoramento”, que seguiram os princípios e diretrizes do Pacto pela Saúde.

O Pacto pela Saúde é dividido em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Gestão do SUS, sendo esta terceira a dimensão responsável por desenvolver ações de Educação na Saúde.

Conforme descrito por Lobo, Lima e Acioli (2011)

O Pacto de Gestão do SUS vem reafirmar a Política Nacional de Educação Permanente como meio de capacitação em serviço para o trabalhador do SUS. Define que é atribuição das três esferas de governo a proposição de ações em educação permanente, em parcerias formadas, inclusive, entre instituições de ensino, serviços e representantes do controle social. Propõe ações tanto para o campo da formação como do trabalho (p. 109).

Dessa forma, é importante que a Educação Permanente esteja inserida nos instrumentos de gestão, para que ao planejar as ações em saúde, desenvolvam-se propostas de formação que atendam as reais necessidades dos serviços de saúde.

3.2. Formação em Saúde: Educação Permanente *versus* Educação Continuada

A sociedade tem passado constantes transformações no mundo do trabalho. A globalização vinculada ao capitalismo fez surgir uma demanda de exigência de profissionais no mercado de trabalho, que sejam capazes de gerar produtos de

qualidade com o menor custo possível. Essa situação passa a exigir que os processos educacionais também passem por transformações para que cada vez mais haja a formação de profissionais, independente de sua área de atuação e cargo que ocupa, que se tornem sujeitos efetivamente participativos com capacidade de analisar situações complexas, de optar de maneira rápida e refletida por estratégias adaptadas aos objetivos e exigências éticas, de escolher entre uma ampla gama de conhecimentos, técnicas e instrumentos, e adaptar de maneira crítica, nossas ações e resultados.

Segundo Amorim, Maciel e Rossit (2013), a formação profissional tem se firmado como um desafio para as instituições. Hoje, não há mais espaço para uma formação totalmente desvinculada da realidade em que se pretende atuar, baseada somente em teorias saídas de laboratórios, sem aplicabilidade a situações que surgem no cotidiano das pessoas. Com o processo de globalização, a necessidade de mais informações, mais produtos e em menos tempo, almeja-se um profissional capaz de resolver as mais diversas situações surgidas no cotidiano do trabalho. Para isso, as instituições tem procurado investir em qualificação profissional que atenda as lacunas deixadas pela formação inicial.

Em decorrência das transformações no quadro político-econômico-social da educação e da saúde no Brasil e no mundo, o perfil do profissional de saúde vem apresentando significativas mudanças. Para atender essas transformações, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde propõem uma formação baseada no desenvolvimento de competências e habilidades, no intuito de formar trabalhadores resolutivos e capacitados a desenvolver uma assistência a saúde de qualidade.

Uma das competências gerais das Diretrizes Curriculares Nacionais, comum as áreas da saúde, encontra-se a “Educação Permanente” enfatizando que os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo informações e conteúdos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços (BRASIL, 2001).

Para Ferreira, Fiorini e Crivelaro (2010), pensar em um processo formativo inovador que atenda a essa nova perspectiva não é uma tarefa fácil, visto que temos instituições e profissionais docentes extremamente tradicionais e que muitas vezes não tiveram oportunidade de ser sujeito no seu processo ensino-aprendizagem. Os autores enfatizam que a necessidade de *“reorientação das estratégias de cuidado, tratamento e acompanhamento da saúde individual e coletiva”*, induz a revisitar os modos de formação para atuar nas necessidades do SUS (p. 208).

Na área da saúde há duas propostas pedagógicas de formação que frequentemente são utilizadas como sinônimo, mas que na realidade têm conotações distintas: educação continuada com uma perspectiva mais restrita e tradicional, e a educação permanente que propõe ao sujeito além da aquisição de conhecimentos, mudança de comportamento e das práticas de trabalho (FERRAZ, 2005).

Segundo Paschoal (2004, p. 9-10) a educação continuada é *“entendida como toda ação desenvolvida após a graduação, com propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações e atividades de duração, definida por meio de metodologias formais”*.

A educação continuada é voltada para lógica de atualização de conhecimentos individuais, buscando somente atualizar informações de uma categoria, de uma especialidade, de um novo procedimento de intervenção inserido de forma fragmentada e até descontextualizada com os modos de fazer em saúde.

Em uma visão de "educação continuada", o enfrentamento dos problemas na prática profissional se faz pela atualização, por categorias profissionais, de conhecimentos/capacitação técnica a partir de um "diagnóstico" das deficiências na prestação de serviços, habitualmente feito pelas gerências de forma não integrada, sem dar voz àqueles que se encontram na ponta assistencial do serviço e são, em última análise, os responsáveis pela sua operacionalização (VICENT, 2007, p. 80).

Os processos formativos baseados no formato da educação continuada fazem parte dos cotidianos de saúde, pois sendo ela *“um conjunto de experiências subsequentes à formação inicial, que permite ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência, para que esta esteja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades”*, ela se materializa por meio de cursos, eventos de atualizações, congressos e treinamentos (DAVINI, 1994).

A Educação Permanente vai além da formação em serviço. Sua proposta pedagógica visa não somente a qualificação do trabalhador, mas também processos formativos que fortaleçam a gestão, o ensino e proporcionem aprendizado significativo ao usuário, para que ele possa contribuir positivamente na promoção de sua saúde.

A educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (BRASIL, Portaria 2.488 de 2011).

Baseada no aprendizado contínuo, a educação permanente é necessária para o desenvolvimento do sujeito, quanto ao seu auto aprimoramento, direcionando-o à busca da competência pessoal, profissional e social, sendo um compromisso a ser aprendido e conquistado com as mudanças de atitudes, “objetivando a transformação do sujeito” (PASCHOAL, 2004, p.9).

Na perspectiva da transformação, a EPS caminha contrariamente a da reprodução. *“Na reprodução, procura-se reforçar o instituído, enquanto na transformação, busca-se romper paradigmas que são socialmente aceitos”* (SILVA et al., 2010, p. 559).

Silva et al. (2010) afirmam que para que seja superado o paradigma da ideologia para a ação, é importante que os profissionais da área da saúde reflitam de forma crítica, de modo a buscar que no seu processo de trabalho, lhes seja ofertada EPS, que os prepare para atuarem efetivamente a partir dos princípios da integralidade, da interdisciplinaridade e, por conseguinte, lhes proporcione melhor qualidade de trabalho e de ações em saúde aos sujeitos cidadão do cuidado.

Davini (2009, p. 49) acrescenta que *“para se produzir mudança nas práticas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática”*. Assim, considera-se não só o saber do sujeito, mas o contexto o qual está inserido para que seu aprendizado seja significativo e não fragmentado.

Com a proposta de indução de mudanças de práticas, por meio da problematização da realidade, a Educação Permanente se mostra como uma ferramenta em potencial para transformação institucional, *“facilitando a*

compreensão, a valoração e a apropriação do modelo de atenção” propostas pelos programas, “*priorizando a busca de alternativas contextualizadas e integradas para a atenção da população*” (DAVINI, 2009, p. 56).

Paulino (2008, p. 30) salienta que

a construção de um processo educativo, voltado para os profissionais, traduz-se na possibilidade de se oferecer um serviço de melhor qualidade e resolutividade, visão mais abrangente da necessidade do usuário, programação de ações para a saúde, intervenção efetiva em relação aos problemas locais.

É importante lembrar que na educação permanente “*a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais e envolvendo vários saberes*”. (BRASIL, 2005, p.14).

Importante ainda destacar que é no trabalho em equipe que devem ser encontradas as soluções para as demandas, fazendo com que o trabalhador da saúde deixe de ser um mero espectador nos cursos e capacitações, para ser propositor das discussões e parte integrante das respostas que serão dadas (SMAHA e CARLOTO, 2010).

3.3. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família e o desafio da Educação Permanente

A Educação Permanente em saúde não deixa de ser uma proposta de mudança de paradigmas. Nela, a metodologia tradicional vai dando lugar a uma metodologia que permite o sujeito, se sentir parte integrante do seu processo ensino-aprendizagem.

Freire (2011) traz a ideia que a metodologia problematizadora é um processo de interação entre o sujeito e ambiente e a relação dialógica estabelecida entre ambos, onde o resultado é a reflexão crítica da realidade na qual o indivíduo pertence, incentivando a autonomia e gerando mudanças.

A Estratégia de Saúde da Família, incorporada ao SUS em 1994 por meio do Programa de Saúde da Família, surgiu como tentativa de reorganizar a assistência em saúde em uma lógica voltada para a promoção da saúde, prevenção de doenças, pautada nos princípios da integralidade, universalidade e equidade do SUS

(AGUIAR, 2010, p.1). Considerando a qualidade na atenção à saúde, com foco nas famílias e comunidade, busca o fortalecimento do SUS através da ampliação de acesso, qualificação dos profissionais e reorientação das práticas de saúde, no modelo da promoção da Saúde. Propõe mudança na concepção do processo saúde doença, investindo em ações que articulam a saúde com as condições e qualidade de vida. *“Entretanto, o processo de trabalho das Equipes da Estratégia Saúde da Família apresenta um enfoque, predominantemente, biologizante, apesar da lógica diferenciada da proposta do Ministério da Saúde”* (VENDRUSCOLO, CONSTANCI E RÖHRIG, 2010, p. 78).

A nova forma de intervir na saúde do indivíduo trouxe novos desafios para os profissionais que iriam trabalhar nesta Estratégia. A proposta de fortalecer a Atenção Básica por meio de uma assistência mais coerente com as necessidades de saúde passou a requerer desses profissionais novos conhecimentos, habilidades e atitudes (AGUIAR, 2010, p.1).

A necessidade de profissionais com novas competências exige uma formação que estimule uma visão crítica do seu processo de trabalho. Nesse contexto a Educação Permanente

parte do pressuposto da aprendizagem significativa e problematizadora, propondo estratégias que possibilitam a construção coletiva, além de nortear caminhos para uma relação dialógica e horizontal, em que cada protagonista do SUS (trabalhadores, usuários e gestores) possa compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir concepções, ideias e conceitos acerca da saúde, de sua produção e operação e de seus papéis (MACHADO e WANDERLEY, 2012, p.6) .

Essa modalidade educativa propõe integrar os processos educativos dos trabalhadores às experiências dos cotidianos dos serviços, as estratégias pedagógicas que utiliza as práticas concretas como fonte de conhecimento, a concepção de trabalhadores da saúde como agentes críticos e reflexivos com capacidade de construir o conhecimento e propor ações alternativas para a solução de problemas, e o trabalho em equipe como modalidade de organização do trabalho (SOUZA E ROSCHKE, 2003).

De acordo com Amorim, Maciel e Rossit (2013,p.266) no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, a Educação Permanente é uma ferramenta essencial para indução de transformações de práticas, visto que o processo de trabalho na saúde

requer uma assistência integral à saúde do indivíduo de acordo com as suas necessidades.

Paulino, Souza e Borges (2010, p. 6) afirmam que na Estratégia de Saúde da Família, a promoção à saúde, implica em um novo olhar dos profissionais da equipe, vislumbrando um conceito ampliado de saúde, tendo a integralidade como princípio de ação, a intersetorialidade, a articulação entre teoria e prática como eixos orientadores. E, neste sentido, para suprir as lacunas de formação destes profissionais para esse novo olhar, o processo de educação permanente em saúde é essencial.

Dessa forma, o processo de educação permanente para a estratégia de Saúde da Família objetiva (BRASIL, 2000, p. 12):

- melhorar a qualidade dos serviços, mediante um processo educativo comprometido com a prática do trabalho;
- aumentar a resolutividade das ações frente aos problemas prevalentes;
- fortalecer o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família;
- fortalecer o compromisso com a saúde da população.

A proposta é que os profissionais adquiram competências e habilidades para lidar com as mais diversas situações. Entretanto, ainda que se possa reconhecer a necessidade de se (re) conformar os modelos de formação profissional no campo da saúde, pautados numa lógica de novas competências profissionais, serão necessários muitos exercícios de aplicação que possibilitem configurar novas metodologias de ensino aprendizagem. Ainda que absorvida de modo incipiente pelo setor saúde, essa noção tem sido fundamental para a definição de perfis profissionais para um novo modelo de atenção à saúde (MOTTA, BUSS e NUNES, 2001, p.4).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

"Mesmo que já tenha feito uma longa caminhada, sempre haverá mais um caminho a percorrer."

Santo Agostinho

4.1. Delineamento do estudo

O percurso metodológico proposto para alcançar o objetivo deste estudo é o da análise quantitativa e qualitativa, com caráter descritivo transversal.

A pesquisa descritiva, segundo Gil (2010, p. 27) têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou identificar possíveis relações entre as variáveis, sendo em sua maioria realizadas com objetivos profissionais.

Segundo Gil (2002), Marconi e Lakatos (2008), a abordagem qualitativa com uso de questionário permite atingir grande número de pessoas simultaneamente; abrange uma extensa área geográfica; economiza tempo e dinheiro; não exige o treinamento de aplicadores; garante o anonimato dos entrevistados possibilitando maior liberdade e segurança nas respostas; permite que as pessoas o respondam no momento em que entenderem mais conveniente; não expõe o entrevistado à influência do pesquisador; obtém respostas mais rápidas e mais precisas; possibilita mais uniformidade na avaliação em virtude da natureza impessoal do instrumento e obtém respostas que poderiam ser inacessíveis.

Marconi e Lakatos (2003, p. 201) definem questionário como sendo “um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador”. De acordo com Gil (2002, p. 115), questionário é “um conjunto de questões que são respondidas por escrito pelo pesquisado”.

Na abordagem qualitativa, a entrevista é entendida como a técnica que envolve duas pessoas numa situação “face a face” e em que uma delas formula questões e a outra responde (GIL, 2002, p. 115).

Lüdke e André (1986) e Chizzotti (2000), descrevendo sobre a abordagem qualitativa na pesquisa, defendem que este tipo de pesquisa se desenvolve numa situação natural, é rica em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada. A pesquisa qualitativa

supõe o contato direto do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, através do trabalho de campo. Tem, portanto, o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. Os indivíduos envolvidos nas pesquisas qualitativas devem ser entendidos como atores sociais, que têm um conhecimento prático e representações relativamente elaboradas que formam uma concepção de vida e orientam as suas ações individuais.

Nesta linha de raciocínio Marconi e Lakatos, (2008) referem que a metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Assim corroboram na literatura, colocando que a perspectiva qualitativa difere da quantitativa não só por empregar instrumentos estatísticos, mas também pela forma de coleta e análise dos dados, fornecendo análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, entre outros. Na abordagem quantitativa os pesquisadores valem-se, sobretudo de informações numéricas.

A abordagem quantitativa é o método mais utilizado nas pesquisas na área da saúde, derivada da filosofia positivista é centrada na objetividade da ciência. Estrela (2005, p. 187) afirma que a pesquisa quantitativa visa a busca de explicações objetivas para os fenômenos, direcionando-se para a ênfase nos dados numéricos.

Segundo Diehl (2004) a pesquisa quantitativa pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, possibilita uma maior margem de segurança, pois utiliza técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação.

Mas vale ressaltar que em alguns estudos, nem todos os dados podem ser obtidos por meio da abordagem quantitativa, o que leva em alguns estudos, a necessidade da utilização da abordagem qualitativa.

Minayo (2007) ressalta que uma pesquisa que tenha como objetivo uma visão da questão do significado e intencionalidade, inerentes nas relações dos indivíduos com a sociedade, em seu contexto histórico, seus atos e suas estruturas sociais, visando um aprofundamento do estudo, deve ter o olhar do método qualitativo.

4.2. O contexto do cenário da pesquisa

O Estado do Acre é um dos 27 estados brasileiros, localizado na porção sudoeste da região Norte do Brasil.

Situado na Amazônia brasileira, boa parte do território do Acre é caracterizada como região de planalto, sendo cortado a Oeste pela Serra da Contamana, passando pela planície Amazônica, onde estão as nascentes dos rios Juruá e Purus, afluentes do Rio Amazonas. Os limites do Estado são formados por fronteiras internacionais com Peru (O) e Bolívia (S) e por divisas estaduais com os estados do Amazonas (N) e Rondônia (L). A extensão territorial é de 164.221,36 Km², correspondente a 4,26% da Região Norte e a 1,92% do território nacional (IBGE, 2010).



Imagem 1- Mapa do Estado do Acre.

Distribuída em 22 municípios, a população segundo dados do censo IBGE de 2010, totaliza-se 733.559 habitantes. Os municípios mais populosos são: Rio Branco (capital) com 336.038 e Cruzeiro do Sul com 78.507 habitantes.

A floresta cobre aproximadamente noventa por cento (90%) do território acreano, e parte da população é composta por ribeirinhos, indígenas e extrativistas. Vale ressaltar que o Estado possui 17.578 indígenas distribuídos em mais de 300 aldeias.

O Plano de desenvolvimento Sustentável do Estado está fundamentado no crescimento econômico-social, sem prejuízo ao maior patrimônio do povo acreano: a floresta. O desenvolvimento econômico tem foco na potencialização do setor industrial. Áreas como meio ambiente infraestrutura e integração, saneamento, saúde, educação, segurança pública e gestão têm recebido investimentos no sentido de estruturar e instrumentalizar o Estado para o crescimento.

No campo da saúde, não diferente de outras regiões do país, há no Estado doenças que caracterizam a pobreza e o desenvolvimento, destacando-se doenças endêmicas como a tuberculose, hanseníase, malária, as de veiculação hídrica, como a diarreia, além das crônicas, como diabetes, hipertensão e hepatite. Possui ainda em seus indicadores de mortalidade infantil e materna um indicativo importante das precárias condições de vida da população e das dificuldades de acesso a ações e serviços de saúde (ACRE, 2008, p. 18-19).

No Estado do Acre a descentralização da assistência à saúde oportunizada pelo SUS, proporcionou: ampliação da rede de atenção à saúde, implantação de programas de saúde e contratação de pessoal, reforçando os quadros da saúde. Com a nova proposta de reorganização do sistema, através do Pacto da Saúde, que compreende o pacto em defesa do SUS, pacto pela vida e o pacto de gestão, pronuncia-se um novo desafio: considerar ainda mais as especificidades regionais e aproximar mais a gestão da comunidade, proporcionando efetividade e eficiência das ações a desenvolvidas no setor saúde (ACRE, 2008, p.19).

Klein (2002) citado por Leal et al. (2013) conta que o início da estruturação dos serviços de saúde do Município data de 1963, com a Lei Municipal nº 2, que define os serviços e cria o departamento de saúde e assistência social com a competência de executar ou orientar os serviços municipais de saúde pública e assistência social, cabendo ao município a responsabilidade de colaborar com o Estado e a Federação nas questões de saúde, manter o ambulatório médico aos servidores municipais e seus dependentes e realizar a visita domiciliar a estes e prestar assistência médica e dentária.

De acordo com relatório de atividades da secretaria, a partir de janeiro de 1993 são desenvolvidas as primeiras atividades assistenciais no município. Neste ano, ocorre a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a seleção de 31 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Mas somente no ano seguinte que a Atenção Básica começa a ganhar força com a criação do Centro de Saúde Cláudia Vitorino, ampliação do PACS com os agentes selecionados em 1993 e seleção de novos ACS, além da elaboração do projeto para construção de 02 unidades de saúde da família (LEAL et al., 2013).

O município de Rio Branco-AC possui 55 Unidades de Saúde da Família, sendo 50 na zona urbana e 5 na rural. Desse total, havia no ano de coleta dos dados (2011), apenas 22 funcionando com a equipe básica constituída em conformidade com a descrição feita pela Portaria nº 2488/ GM/MS de 2011.

Para este estudo, foram inclusas, somente as Unidades de Saúde da Família da zona urbana, totalizando 19 Unidades de Saúde, como mostra o Quadro 1.

Quadro 1. Unidades de Saúde da Família e o quantitativo de suas respectivas equipes.

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA		EQUIPE
1	Chico Mendes I	Agente Comunitário de Saúde (6) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
2	06 de Agosto I	Agente Comunitário de Saúde – (7) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
3	06 de Agosto II	Agente Comunitário de Saúde – (6) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
4	Preventório	Agente Comunitário de Saúde – (7) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
5	Portal da Amazônia	Agente Comunitário de Saúde – (7) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
6	Ruy Lino	Agente Comunitário de Saúde – (5) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
7	Jardim Primavera	Agente Comunitário de Saúde – (5) Enfermeiro Médico

		Técnico de Enfermagem
8	Montanhês	Agente Comunitário de Saúde – (5) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
9	Jardim Eldorado	Agente Comunitário de Saúde – (5) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
10	Vitoria I	Agente Comunitário de Saúde – (8) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
11	Cidade Nova II	Agente Comunitário de Saúde – (13) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
12	Boa União	Agente Comunitário de Saúde – (7) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
13	Floresta Sul	Agente Comunitário de Saúde – (6) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
14	Plácido de Castro	Agente Comunitário de Saúde – (5) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
15	João Paulo	Agente Comunitário de Saúde – (8) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
16	Recanto II	Agente Comunitário de Saúde – (5) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
17	Taquari I	Agente Comunitário de Saúde – (6) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
18	Belo Jardim I	Agente Comunitário de Saúde – (10) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem
19	Vila Acre	Agente Comunitário de Saúde – (9) Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem

Apesar do quadro apresentar um universo de 187 profissionais, em cada Unidade Básica de Saúde, foram convidados a participar da pesquisa, os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e cinco Agentes

Comunitários de Saúde (ACS), totalizando 152 profissionais, dos quais 19 se recusaram a participar e 6 questionários foram perdidos.

4.3. Participantes da pesquisa

Participaram do presente estudo 127 profissionais de saúde vinculados às Unidades de Saúde da Família da zona urbana, que possuíam a equipe básica constituída e os 10 gestores dos Centros de Saúde que são referência das respectivas Unidades.

As categorias profissionais inclusas foram médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, de ambos os gêneros, com formação de nível médio e superior, com médias de faixa etária em 36 anos e de 8 anos de tempo de serviço na Estratégia de Saúde da Família.

A Tabela 1 apresenta os dados de caracterização dos participantes e é apresentada por medidas de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas, e por média e seus respectivos desvios-padrão para as variáveis contínuas das características sociodemográficas e profissionais dos respondentes do questionário.

Tabela 1. Características sociodemográficas e profissionais dos participantes.

Variáveis	N = 127(%)	Média(D.P)
Idade		36,23 (7,27)
20 a 29 anos	23 (18,1)	
30 a 39 anos	62 (48,8)	
40 anos ou mais	42 (33,1)	
Sexo		
Masculino	29 (22,8)	
Feminino	98 (77,2)	
Escolaridade		
Ensino Médio	86 (67,7)	
Ensino Superior	41 (32,3)	
Profissão		
Médico	11 (8,7)	
Enfermeiro	15 (11,8)	
Técnico de Enfermagem	17 (13,4)	
Agente Comunitário de Saúde	84 (66,1)	
Tempo de Trabalho		8,33 (4,64)
Menos de 5 anos	24 (18,9)	
De 5 a 10 anos	64 (50,4)	
Mais de 10 anos	39 (30,7)	

Os gestores, de ambos os gêneros, sendo que somente um não possui formação de nível superior. A faixa etária é variável entre 35 a 54 anos, o tempo de trabalho variando de 2 a 9 anos e a maioria tem formação profissional na área da Enfermagem.

4.4. Local de realização da pesquisa

Este estudo foi realizado nas dependências físicas, geralmente sala de reuniões, de 19 Unidades Básicas da Estratégia de Saúde da Família da região urbana do município de Rio Branco-AC, que possuíam a equipe básica constituída e fizeram parte desse estudo.

4.5. Instrumentos de coleta de dados

Para compreender os princípios norteadores da Educação permanente no âmbito nacional, estadual e local os seguintes documentos foram consultados: Portaria nº 1996 de 2007 que dispõe das diretrizes para a implementação da PNEPS (BRASIL, 2007); os Planos Estaduais de Educação Permanente dos anos de 2007 a 2011 e o Plano Municipal de Saúde do município de Rio Branco-AC de igual período.

Uma carta convite (APÊNDICE A) foi elaborada para apresentar a pesquisa e esclarecer as finalidades da mesma, aos possíveis participantes.

O questionário foi construído a partir da leitura das portarias 198/04 e a 1996/07, as quais são documentos que institui e dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS.

Tendo se apropriado dos conteúdos documentais e vivenciando a prática do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde da Família, um roteiro de questionário (APÊNDICE B) com perguntas fechadas e um espaço reservado para o profissional comentar e/ou sugerir sobre a Educação Permanente no seu ambiente de trabalho, foi construído com a finalidade de obter informações dos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família e analisar a interferência da Educação Permanente nas práticas de saúde.

Para o questionário foi utilizada a Escala de Likert com assertivas referentes a

conceito, vantagens e características sobre a Educação Permanente.

Segundo Baker (2005), a de Escala de Likert requer que os entrevistados indiquem seu grau de concordância ou discordância com as declarações relativas à atitude que está sendo medida (p.4).

Apesar de já existirem estudos sobre a quantidade das escalas de categorias, ainda há uma discussão entre qual o número ideal de categorias a ser inserido, se quatro ou cinco. O questionamento ocorre em virtude da existência ou não da categoria neutra (p.ex. *“indiferente”, “não tenho opinião formada”, “nem concordo, nem discordo”*) o que pode mascarar determinados dados e prejudicar a análise. No presente estudo optou-se pela utilização de escala composta por quatro categorias.

De acordo com Alexandre et al. (2003) *“as discussões não concluem sobre o número ideal de categorias da escala de Likert e não apresentam um método para a sua definição ou verificação”*.

Esta escala requer que os entrevistados indiquem seu grau de concordância ou discordância, relativas às assertivas de atitude que estão sendo medidas. Estas assertivas oportunizam ao entrevistado expressar respostas claras em vez de neutras ou ambíguas e auxiliará na compreensão de como os profissionais das Unidades Básicas da Saúde da Família percebem a implementação gestão e o desenvolvimento das ações de EPS.

Ander-Egg (1978) define uma escala como um instrumento científico de observação e mensuração de fenômenos sociais e que foi concebida com o intuito de medir a intensidade das atitudes e opiniões de forma mais objetiva possível.

Meireles (2004) comenta que, para justificar a escolha, deve ser identificada a necessidade de medir as opiniões e atitudes de um grupo de sujeitos, o que requer um processo especial, pois se trata de quantificar elementos que têm características nitidamente subjetivas.

Por meio da escala Likert, dado um conjunto de proposições, os sujeitos pesquisados são instados a escolher entre diversas opções, marcando aquela que mais se aproxima de sua atitude ou opinião. (COSTA, 2012).

A atribuição de valores numéricos e/ou sinais às respostas visa refletir a força e a direção da reação do pesquisado à declaração, oferecendo cinco níveis de opções variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, passando por

“discordo”, “nem discordo nem concordo” e “concordo” (MALHOTRA, 2006). Neste estudo, decidiu-se por utilizar apenas quatro níveis, o que força o sujeito pesquisado a uma escolha positiva ou negativa, uma vez que a opção central “nem discordo/nem concordo ou indiferente” não existe.

A análise dos resultados do Likert foi utilizada para delinear a construção da entrevista semi-estruturada (APÊNDICE C) para conhecimento do papel do gestor na implementação da Educação Permanente nos serviços ofertados pela Estratégia de Saúde da Família.

A entrevista contou com cinco núcleos direcionadores:

1. *Entendimentos sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*
2. *Percepção sobre saúde*
3. *Contribuições da Educação Permanente para o conhecimento e a prática do serviço*
4. *Dificuldades e facilidades na implementação da Educação Permanente*
5. *Participação dos profissionais de saúde nos processos formativos de qualificação profissional*

As entrevistas obedeceram a um roteiro utilizado pela pesquisadora e tiveram a duração média de 40 minutos. Ambos os instrumentos de coleta de dados foram previamente testados e submetidos às adequações necessárias.

4.6. Procedimentos Éticos

As questões éticas foram tratadas de forma específica antes, durante e depois do desenvolvimento do estudo, com base na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2012).

O projeto foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde do município de Rio Branco-AC para obtenção da carta de anuência e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo-Plataforma Brasil com Parecer Nº 38309 de 18/06/2012. (ANEXO I).

Todos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE D), tanto para fase dos questionários, quanto para o momento das entrevistas.

4.7. Procedimentos de coleta de dados

A partir da autorização da Secretaria Municipal de Saúde e do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, a pesquisa teve início com a leitura dos documentos oficiais que subsidiam a implementação dos serviços de saúde na perspectiva desse estudo: Portaria nº 1996/2007 que dispõe das Diretrizes para a implementação da PNEPS, dos Planos Estaduais de Educação Permanente dos anos de 2007 a 2011 e Plano Municipal de Saúde do município de Rio Branco de igual período.

Para a coleta de campo, foi realizado contato prévio, via telefone com o enfermeiro coordenador de cada Unidade Básica, o qual pactuava o melhor dia e horário para que fosse possível a aplicação dos questionários.

No dia pactuado, os profissionais da Estratégia de Saúde da Família eram convidados a se acomodar em uma sala climatizada, onde a equipe regularmente realiza suas reuniões. Após leitura da carta convite e da leitura e assinatura do TCLE, os profissionais presentes responderam o questionário.

Na maioria das unidades, foi necessário deixar os questionários e retornar em outro momento para buscá-los, pois, mesmo com o agendamento prévio entre a pesquisadora e a Unidade destinada a esse momento da coleta de dados, alguns profissionais não compareceram na data e horário combinados.

Após a coleta e análise dos dados dos questionários, partiu-se para a coleta de dados por meio de entrevistas com os gestores dos Centros de Saúde que são referência das respectivas Unidades, no sentido de aprofundar as questões relacionadas à implementação da Educação Permanente nos serviços ofertados pela Estratégia de Saúde da Família.

4.8. Procedimentos de Análise de dados

Os dados quantitativos proveniente dos questionários foram armazenados em banco de dados construído no Excel, e as análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa SPSS, versão 17.

Para descrição da amostra foram calculadas as frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e a média e seus respectivos desvios-padrão para as variáveis contínuas. Para analisar os graus de concordância e discordância referente às assertivas foram calculadas as frequências relativas, as quais serão apresentadas por meio de representação gráfica.

Os dados das entrevistas foram submetidos a uma Análise de Conteúdo, modalidade Análise Temática e contempla questões elaboradas a partir dos cinco núcleos direcionadores: Entendimentos sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; Percepção sobre saúde; Contribuições da Educação Permanente para o conhecimento e a prática do serviço; Dificuldades e facilidades na implementação da Educação Permanente; e, Participação dos profissionais de saúde nos processos formativos de qualificação profissional.

De acordo com Bardin (2009) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

A análise de conteúdo é cada vez mais empregada para análise de material qualitativo obtido através de entrevistas de pesquisa e deve verificar hipóteses e/ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto, sendo considerada uma técnica para tratamento de dados que visa identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema (VERGARA, 2003).

Existem várias modalidades de análise de conteúdo. Para este estudo utilizou-se a análise temática, por ser a modalidade mais simples e considerada adequada para as investigações qualitativas em saúde (MINAYO, 2010, p. 309).

Segundo Minayo (2006), a realização da análise temática consiste em: (...) descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. (p. 316).

Na análise temática devem ser consideradas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação.

Na etapa da pré-análise realiza-se a leitura exaustiva de todo o material de campo, organizando-o e observando sua representatividade e pertinência. Em seguida, parte-se para a exploração do material em busca do núcleo de compreensão do texto utilizando-se de um processo de identificação das unidades

de contexto (UC), unidades de registro (UR), e por fim o tratamento dos resultados e sua interpretação em busca de categorias e subcategorias implícitas nas falas dos sujeitos. O tratamento dos resultados

(...) “propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material”. (MINAYO, 2006, p.318).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A leitura apreciativa dos documentos – PNEPS, Planos Estaduais de Educação Permanente e Plano Municipal de Saúde demonstrou que no município de Rio Branco-AC, as ações de educação na saúde vêm ocorrendo de forma tímida, com pouca divulgação. Foi possível detectar uma fragilidade no planejamento das ações de Educação Permanente como um todo e ainda a ausência de propostas de qualificação profissional para a equipe que atua na Estratégia de Saúde da Família.

Abaixo estão apresentados os dados coletados e analisados oriundos dos questionários aplicados aos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família com as falas contidas no questionário.

5.1. Análise dos resultados dos questionários

Os resultados das assertivas A1 “*A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para saúde*” e A2 “*A Educação Permanente em Saúde agrega aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva*” demonstraram que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família de alguma forma já tiveram contato com a política, portanto sabem conceituar como a Educação Permanente se define e ainda reconhecem quais os benefícios que o desenvolvimento da política pode agregar ao trabalho da equipe.

Se a política propõe que o profissional seja sujeito autônomo de seu aprendizado, é importante que o mesmo conheça a proposta. O conhecimento é uma das formas de sensibilização para que o interesse de executá-la seja despertado.

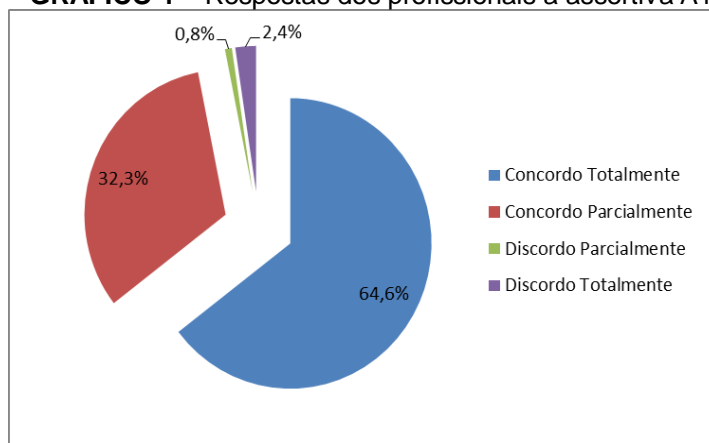
Ceccim (2005, p. 167):

Se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho (produtos e produtores das cenas, em ato), os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso “ser sujeito”, colocando-nos em permanente produção. O permanente é o aqui-e-agora, diante de problemas reais, pessoas reais e equipes reais.

Entretanto, para que exista um processo de criar e recriar na reflexão crítica da prática/trabalho entre os diversos saberes, empíricos ou populares, faz-se necessário que a proposta de Educação Permanente oriente as transformações do processo de trabalho incluindo as necessidades de aprendizagem da equipe multiprofissional baseada nos valores da comunidade, seus conhecimentos, hábitos e atitudes (PESSANHA e CUNHA, 2009, p. 235).

A atitude dos respondentes, medida por meio da escala de Likert, mostrou que 96,9% concordaram e apenas 3,2% discordaram com o conceito de Educação Permanente apresentada na assertiva A1 “A *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para saúde*”. A Figura 1 ilustra esse resultado.

GRÁFICO 1 – Respostas dos profissionais a assertiva A1.

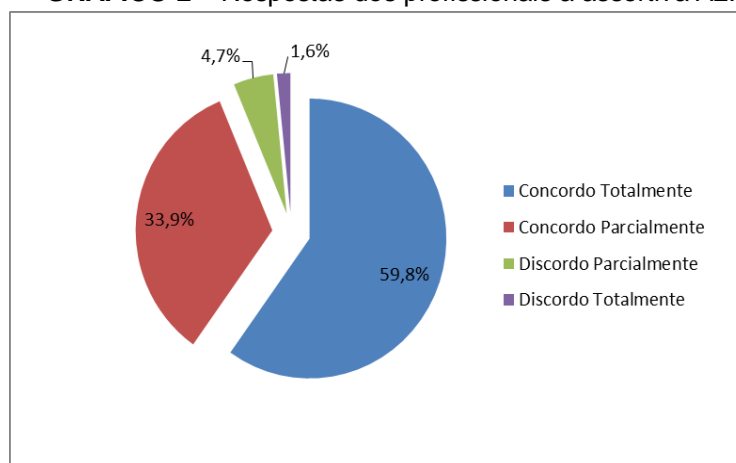


“Acho uma iniciativa importante, salutar e necessária, [...] implantar nas ESFs a Educação Permanente” (P1).

“A equipe chegou a conclusão que realmente precisamos de educação permanente para melhorar o desenvolvimento em nossas ações com qualidade” (P25)

Frente a assertiva A2 “A Educação Permanente em Saúde agrega aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva”, também houve manifestação positiva, sendo 93,7% de concordância e 6,4% de discordância. A Figura 2 apresenta os resultados.

GRÁFICO 2 – Respostas dos profissionais a assertiva A2.



“Todas as sextas feiras são realizada uma reunião, onde discutimos os problemas e procuramos soluções práticas para a resolução mais adequada dos mesmos. Também somos incentivados por nossa enfermeira a não deixarmos esses “empecilhos” nos sobrecarregarem...” (P19)

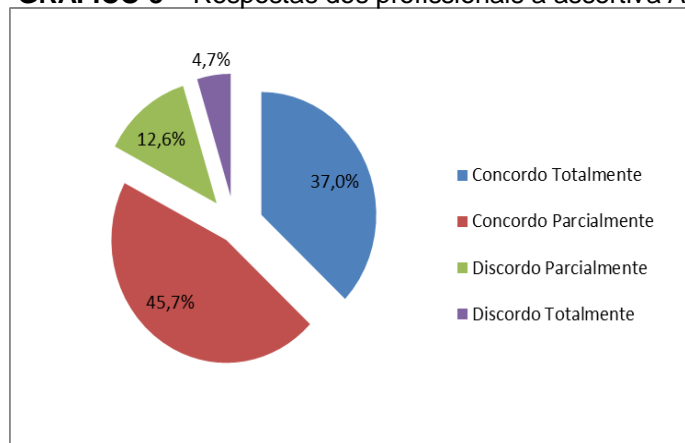
“São projetos muito bom, para o melhoramento do atendimento ao paciente e desenvolver e aperfeiçoar as técnica do profissional” (P122)

A Educação Permanente em saúde parte da reflexão da realidade do serviço e o que deve ser transformado, objetiva a transformação do processo de trabalho visando a melhoria da qualidade dos serviços e a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde (CECCIM, 2005).

Moutinho (2013) afirma que este é um processo que utiliza os problemas enfrentados no dia-a-dia para a aprendizagem, considerando as vivências e o conhecimento já existente do assunto ou situação, pois somente aquilo que tem significado é capaz de produzir processos de mudança.

Frente a assertiva A3 *“No seu cotidiano profissional são desenvolvidas ações de Educação Permanente”*, em relação a execução da estratégia de Educação Permanente no dia a dia do trabalho, 37% concordaram totalmente, 45,7% concordaram parcialmente, 12,6% discordaram parcialmente e 4,7% discordaram totalmente.

GRÁFICO 3 – Respostas dos profissionais a assertiva A3.



Pode-se observar que na assertiva A3 houve uma maior variabilidade das opiniões. A forte presença de processos burocráticos, fragmentação do trabalho da equipe e até mesmo a ausência de ações nos moldes da Educação Permanente, são fatores que contribuem para que a execução dessa política seja fragilizada.

“Nem todas as qualificações profissionais que fazemos da pra por em prática devido ao próprio sistema de saúde. É muita burocracia, é falta de apoio, é muito papel que finda não dando em nada” (P16).

“... sem a estratégia de educação para a comunidade, não temos bons resultados. Não temos estratégias educativas para a população... observa que os programas básicos das USFs, não são suficientes com o nível baixo educativo da população” (P26).

“Enquanto os profissionais de saúde da família de Rio Branco de um modo geral, não se fortalecerem como equipe, a educação permanente estará fadada ao fracasso. Infelizmente o que vemos nos dias atuais são profissionais descompromissados que não se integram, não se comunicam, não interagem entre si, dificultando a própria essência da estratégia de saúde da família” (P27).

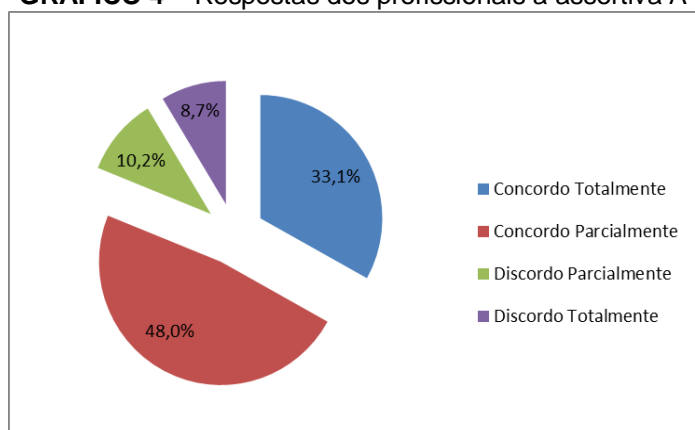
Todos os profissionais envolvidos no processo do trabalho de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família têm papel fundamental no desempenho de suas funções. A participação e o trabalho em equipe são essenciais para fortalecer as ações de saúde.

Para Ceccim e Ferla (2009):

A Educação Permanente em Saúde requer que seus atores se sintam convocados à criação, à abertura e ao coletivo. Sob esta perspectiva, somos sempre uma novidade, potência de afetar e ser afetado, caminhando na diversidade, construindo alianças, desconstruindo evidências. O investimento pedagógico é para poder quebrar o que está dado, ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção da saúde (p.454).

Frente a assertiva A4 “Os processos de capacitação ofertada à equipe são compatíveis com as necessidades de saúde da população de sua área de abrangência”. Quanto a formação em serviço, 33,1% concordaram totalmente, 48% concordaram parcialmente, 10,2% discordaram parcialmente e 8,7% discordaram totalmente.

GRÁFICO 4 – Respostas dos profissionais a assertiva A4.



Apesar dos resultados demonstrarem que a maioria concorda (81,1%) que a formação em serviço atende as necessidades da população, os relatos demonstram que nem sempre essa especificidade é atendida.

“Gostaria que as capacitações não fossem repetitivas, que houvessem inovações” (P28).

“Creio que é de fundamental importância a educação permanente, mais que não seja sobre o mesmo assunto o ano todo” (P75).

“Sugiro que aconteça mais capacitações e cursos na área que possam contribuir e melhorar ainda mais nosso trabalho com a comunidade” (P84).

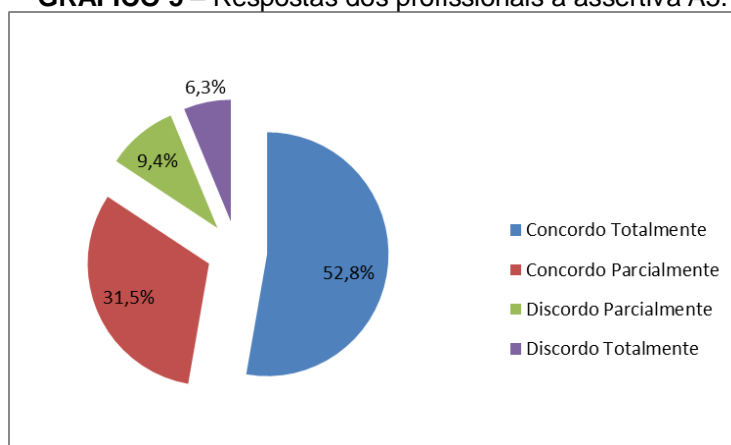
Em virtude da ampliação do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, os profissionais das Equipes de Saúde da Família necessitam de programas e conteúdos que os possibilitem desempenhar suas atribuições, cada vez mais próximos das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2000).

O profissional da equipe de Saúde da Família precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação. Um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na Promoção da Saúde. E para que isto aconteça, é preciso uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la e estimular sua participação (BRASIL, 2000, p. 9).

De acordo com Luz (2010) para falar em EPS é preciso abordá-la em uma dimensão que a coloque como foco do processo de gestão do trabalho coletivo, com o objetivo de de um compromisso dos profissionais com a saúde da população.

Frente a assertiva A5 “Os gestores das Unidades da Estratégia da Saúde da Família motivam a participação dos profissionais em processos de qualificação profissional”. Quanto ao incentivo dado aos profissionais pelos seus gerentes, 84,3% concordaram, enquanto que 15,7% discordaram.

GRÁFICO 5 – Respostas dos profissionais a assertiva A5.



O apoio e incentivo da gestão são de extrema importância para desenvolvimento da proposta pedagógica da Educação Permanente. Visto que é uma ferramenta que requer reflexão crítica do profissional, se não há um gestor sensibilizado com a proposta, pode haver conflitos que impeçam uma ação sólida com resultados efetivos.

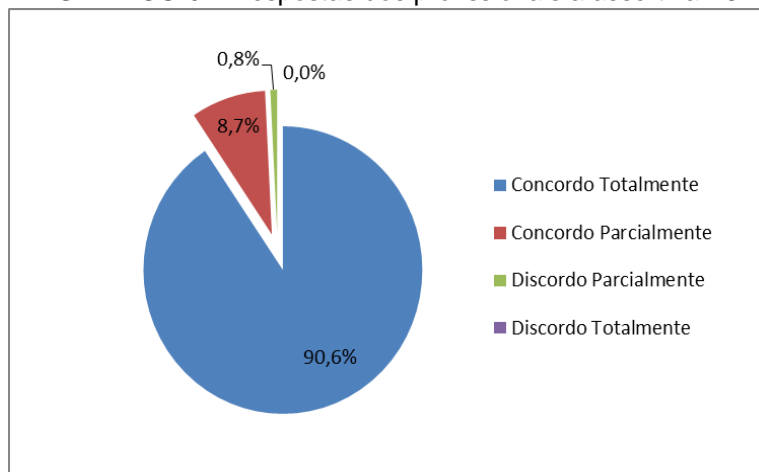
“Quanto aos gestores, há divergências, alguns incentivam a participação na educação permanente, e outros inibem e evitam a participação da equipe para não haver redução nos números de atendimento. E quanto a equipe, há colegas que gostam e se interessam em participar, e outros que não gostam e evitam participar” (P60).

Vendruscolo, Constanci e Röhrig (2010, p. 79):

O aprimoramento profissional ocorre a partir de metodologias ativas de aprendizagem, numa concepção pedagógica transformadora e emancipatória, com base nas demandas de qualificação encontradas no processo de trabalho. Requer, portanto, ações no âmbito da organização do trabalho, da interação com redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social no setor.

Frente a assertiva A6 “O profissional deve buscar qualificação profissional para melhorar o atendimento a saúde da população”, a maioria dos participantes concordou, tendo a representação de 99,3%.

GRÁFICO 6 – Respostas dos profissionais a assertiva A6.



Na assertiva A6 quase 100% concordaram que a qualificação profissional, na lógica da Educação Permanente, contribui para a melhoria da qualidade da assistência em saúde.

“A equipe chegou a conclusão que realmente precisamos de educação permanente para melhorar o desenvolvimento em nossas ações com qualidade” (P25).

“Concordo plenamente que haja a Educação Permanente em todas as unidades, principalmente as pessoas novas que entraram a pouco tempo, que ainda não entende humanização. As pessoas merecem ser bem atendidas e recebidas em todas as unidades” (P99).

A Estratégia de Saúde da Família tem em seus cenários de atuação espaços privilegiados para a efetivação de processos educacionais por meio da Educação Permanente em Saúde, a qual busca superar as concepções tradicionais de

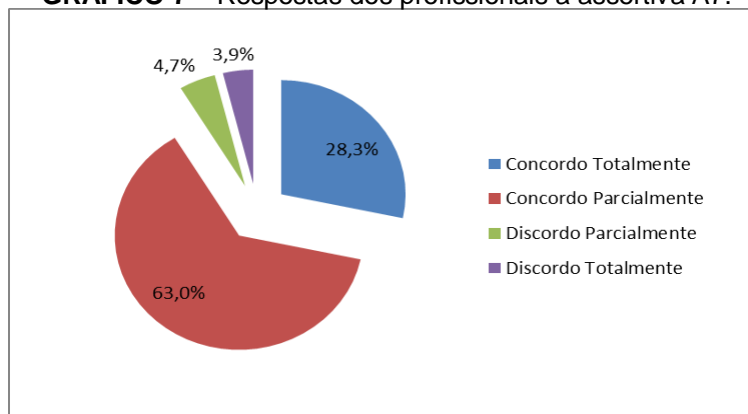
educação incorporando no cotidiano de suas práticas o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade, a gestão compartilhada dos processos de trabalho e a participação social (MACHADO e WANDERLEY, 2012).

Os processos de qualificação dos profissionais de saúde devem servir para ocupar espaços, preencher vazios, a partir da observação dos problemas do dia-dia do trabalho, garantindo a qualidade e a satisfação da atenção prestada ao usuário (BRASIL, 2005).

Segundo Pessanha e Cunha (2009) a aprendizagem-trabalho constitui uma ferramenta para o desenvolvimento de capacitações com práticas pedagógicas que relacionem a gestão e organização dos serviços com a interdisciplinaridade das ações das equipes de saúde. Afirma-se que os profissionais expressam, no processo de trabalho em saúde, conhecimentos apreendidos nas experiências cotidianas do trabalho e a partir de situações reais vivenciadas.

Frente a assertiva A7 “Os conteúdos ensinados através das ações de Educação Permanente são incorporados ao cotidiano das organizações e do trabalho”. Sobre a aplicabilidade do aprendizado nas formações, 28,3% concordaram totalmente, 63% concordaram parcialmente, 4,7% discordaram parcialmente e 3,9% discordaram totalmente. O que corrobora com as respostas dadas as assertivas A3 “No seu cotidiano profissional são desenvolvidas ações de Educação Permanente” e A4 “Os processos de capacitação ofertada à equipe são compatíveis com as necessidades de saúde da população de sua área de abrangência”.

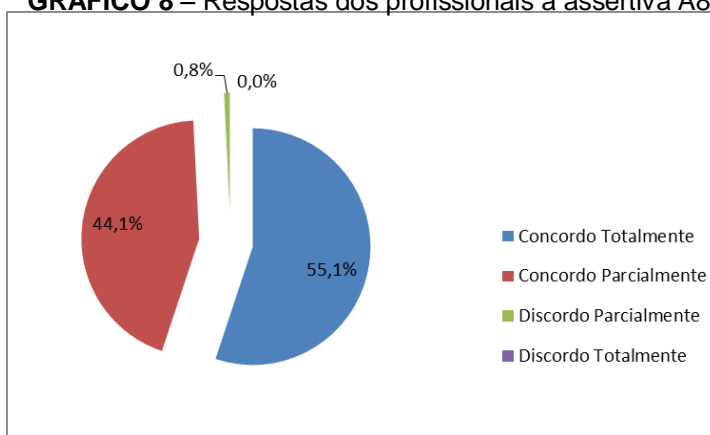
GRÁFICO 7 – Respostas dos profissionais a assertiva A7.



“Tem que haver uma mudança, se concretizar realmente a política de Educação Permanente, em todos os níveis de atenção, além de divulgar todas as ações desenvolvidas pela política” (P115).

Frente a assertiva A8 *“Os conhecimentos adquiridos nas capacitações proporcionam transformação/mudanças na organização do trabalho”*. Quanto a transformação geradas na organização do trabalho a partir de conhecimentos adquiridos nas capacitações, 99,2% concordaram positivamente, sendo 55,1% de concordância total e 44,1% de concordância parcial.

GRÁFICO 8 – Respostas dos profissionais a assertiva A8.



A Estratégia de Educação Permanente pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, ou de autoavaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes (VASCONCELOS et al., 2009).

“São movimentos e ações permanente na atuação da saúde que motivam o fazer cada vez melhor atendendo a saúde da população” (P38).

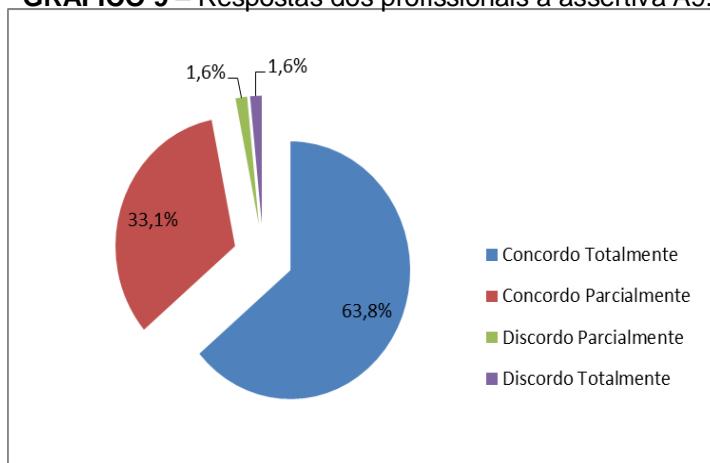
“Com Educação Permanente em nossa USF e o envolvimento de toda equipe, traria mais satisfação para nossa comunidade e para nós”(P23).

“Precisamos realmente de educação permanente nesta unidade, desde que seja monitorada para que se tenha êxito nas ações” (P24).

Frente a assertiva A9 *“Os conhecimentos adquiridos nas capacitações proporcionam transformação/mudanças nas práticas profissionais”*. Quanto a transformação gerada nas práticas profissionais a partir de conhecimentos

adquiridos nas capacitações, 63,8% concordaram totalmente, 33,1% concordaram parcialmente e 3,2% discordaram.

GRÁFICO 9 – Respostas dos profissionais a assertiva A9.



No processo de educação permanente na Estratégia de Saúde da Família, as ações educativas devem ser problematizadas e só serão relevantes se despertarem nos trabalhadores a capacidade de reflexão sobre seus valores e condutas no cotidiano e provocar transformações (PAULINO, 2008).

“A educação permanente facilita a comunicação entre ACS e a comunidade, dando qualidade e segurança no que passa” (P10).

“Penso que o processo de mudança de atitude, seja em relação à organização do trabalho ou das práticas profissionais está diretamente ligada a ACEITAÇÃO, compreensão e à visão que o profissional tem sobre o seu papel enquanto agente de transformações sociais” (P18).

Os resultados das assertivas A10 “A melhoria da qualidade da assistência NÃO tem relação com as capacitações ofertadas/realizadas” e A11 “NÃO há diferença da prática de assistência em saúde entre um profissional que participa de processos formativos e outro que não participa” demonstram que os profissionais de saúde possuem o entendimento da importância e diferença que um processo formativo reflete na assistência em saúde.

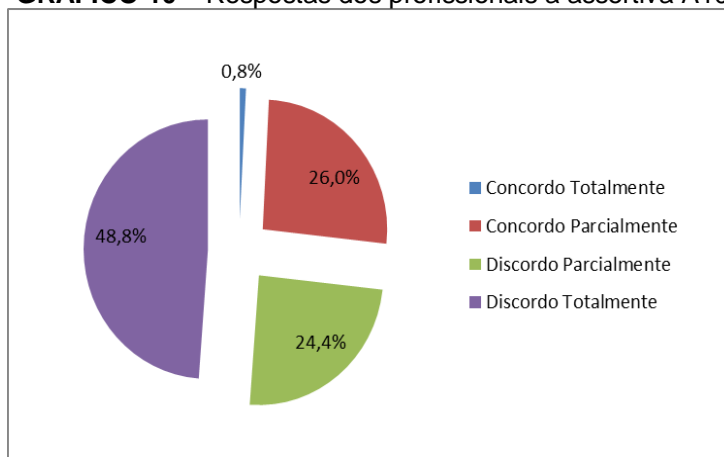
Para Hoefling (2013), todo e qualquer treinamento só se completa na medida em que a aquisição de conhecimentos e informações possibilita uma mudança de comportamento técnico ou acréscimo de novas ferramentas imprescindíveis para o

êxito das ações em saúde. Somente a capacitação profissional adequada pode gerar vantagens competitivas em um mercado de trabalho aquecido.

Cotta et al.(2006) afirma que *a qualificação/capacitação do profissional de saúde, certamente, é um dos caminhos, e, não menos importante, um dos desafios a afrontar para que se alcance maior qualidade dos serviços de atenção à saúde.*

Frente a assertiva A10 “A melhoria da qualidade da assistência NÃO tem relação com as capacitações ofertadas/realizadas”. Quanto a relação entre melhoria da assistência e as capacitações ofertadas, 0,8% concordaram totalmente, 26% concordaram parcialmente, 24,4% discordaram parcialmente e 48,8% discordaram totalmente.

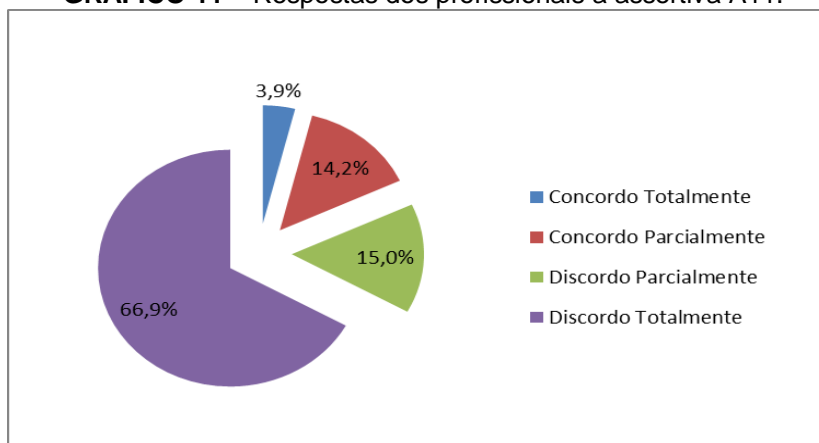
GRÁFICO 10 – Respostas dos profissionais a assertiva A10.



“Infelizmente o que vemos nos dias atuais são profissionais descompromissados que não se integram, não se comunicam, não interagem entre si, dificultando a própria essência da estratégia de saúde da família” (P27)

Frente a assertiva A11 “Não há diferença da prática de assistência em saúde entre um profissional que participa de processos formativos e outro que não participa”. Quanto a existência de diferença da prática de profissionais que participam de qualificação profissional dos que não participam, 18,1% concordaram e 81,9% discordaram, sendo 15% discordância parcial e 66,9% discordância total.

Os participantes sinalizam que há uma compreensão de que o profissional que participa de processos formativos de qualificação profissional tem uma prática de assistência diferenciada mediante aos outros.

GRÁFICO 11 – Respostas dos profissionais a assertiva A11.

“A equipe chegou a conclusão que realmente precisamos de educação permanente para melhorar o desenvolvimento em nossas ações com qualidade” (P25)

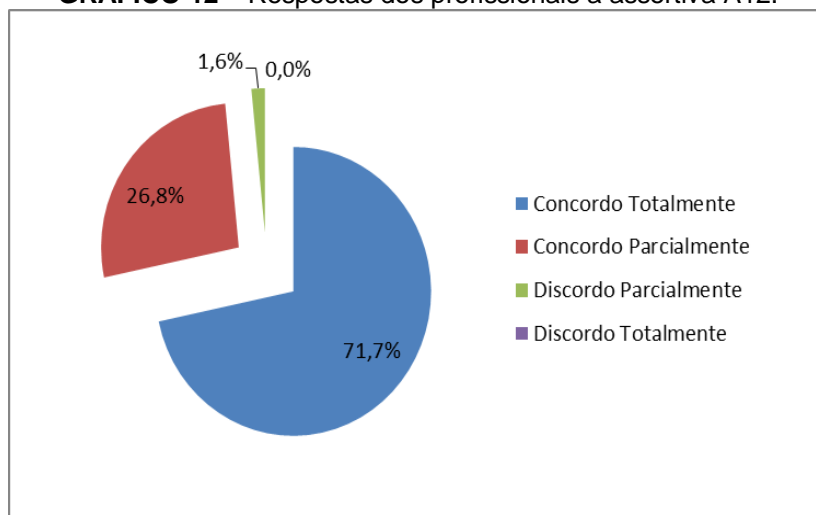
“[...] que sejamos capacitados em áreas que possamos ajudar nossa comunidade, precisamos de informações de programas sociais que venha facilitar a vida dos moradores” (P61)

Frente a assertiva A12 “As ações de Educação Permanente motivam a fazer inovação no atendimento em saúde”. Quanto a motivação que a ações da EP pode provocar, a maioria se manifestou positivamente, 98,5% concordaram.

É importante e contribui para o profissional inovar em seu atendimento, formações que apresentem significado prático para sua realidade.

Moutinho (2012):

A Educação Permanente envolve a mudança das estratégias, de organização e do exercício da atenção que passam a serem problematizadas. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, em cada serviço de saúde, que são identificadas as necessidades de capacitação (p. 11).

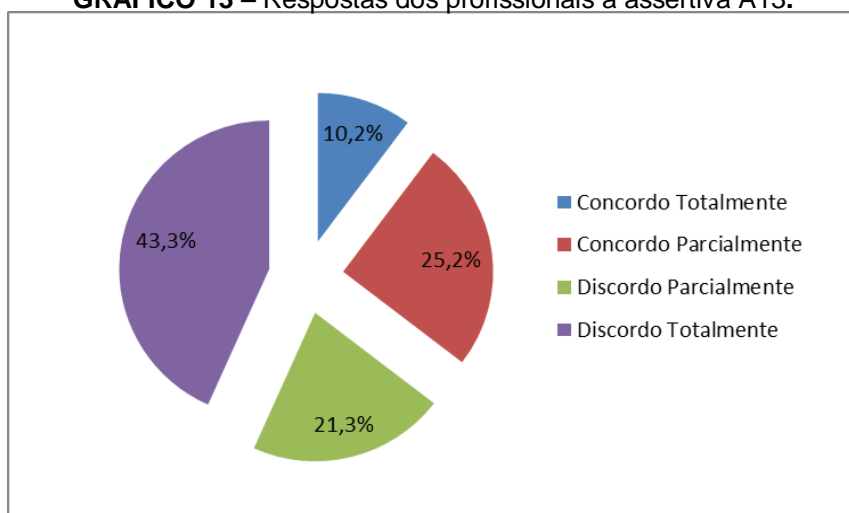
GRÁFICO 12 – Respostas dos profissionais a assertiva A12.

“Os enfermeiros das USF devem ser como a nossa enfermeira, que desenvolvem ações de saúde, e nos motiva a participar” (P59).

“Espero que este questionário ajude aos gestores a verem a necessidade não só da educação, mas da motivação dos profissionais para desempenharem um melhor trabalho junto a comunidade” (P92)

Frente a assertiva A13 “Tenho dificuldade em participar de processos de formação – Educação Permanente”. Quanto a dificuldade em participar de processos formativos de EP, 10,2% concordaram totalmente, 25,2% concordaram parcialmente, 21,3% discordaram parcialmente e 43,3% discordaram totalmente.

GRÁFICO 13 – Respostas dos profissionais a assertiva A13.



Apesar da maioria dos profissionais (64,6%) afirmarem que não possuem dificuldade para participar de processos de formação, os relatos dos participantes demonstram que a falta de planejamento é um fator que contribui para não participação nesses processos.

“Vejo a necessidade de um programa trimestral de capacitação dos profissionais, para que assim possamos nos programar para nos ausentarmos do serviço sem causar prejuízo a clientela que atendemos e do funcionamento interno do serviço” (P21).

“Deve ter um cronograma anual com datas programadas para que o profissional possa se adequar sem deixar a desejar o atendimento da US. Pois o que temos são capacitações campanhistas” (P34).

Espera-se que o processo de educação permanente funcione como fonte de conhecimento, e como objeto de planejamento e transformação das práticas de Saúde da Família. *“O planejamento de um processo de educação permanente*

precisa estar adequado às necessidades loco-regionais, utilizando todos os recursos potenciais, especialmente o aparelho formador de recursos humanos” (BRASIL, 2002,p. 12).

5.2. Análise dos resultados das entrevistas com gestores

As categorias e subcategorias que emergiram da análise temática das entrevistas realizadas com os gestores dos Centros de Saúde de referência das Unidades de Saúde da Família participantes, estão descritas a seguir.

Na análise temática do núcleo direcionador *“Entendimentos sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde”* foram encontradas 15 Unidades de Contexto (UC), das quais foram identificadas 33 Unidades de Registro (UR). Na confluência destas UR, emergiram 3 categorias com suas respectivas subcategorias, como mostra o Quadro 2.

QUADRO 2: Categorias e subcategorias emergentes do núcleo direcionador *“Entendimentos sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.”*

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Educação de profissionais no âmbito do trabalho (21 URs)	Qualificação do profissional em serviço (7 URs)
	Necessidade da especificidade para o serviço (1 UR)
	Atualização para acompanhar as mudanças (4 URs)
	Transformação do fazer cotidiano (4 URs)
	Caráter permanente da formação (7 URs)
	Implicações, consequências da falta de atualização profissional (2 URs)
Necessidade de conhecer a Política de Educação Permanente em Saúde (4 URs)	Visão restrita sobre a Política de Educação Permanente em Saúde (5 URs)
Dinamicidade da área da saúde (4 URs)	Reconhecimento da necessidade de novos conhecimentos e habilidades (7 URs)

Segundo Carotta et al. (2009) a Educação Permanente em Saúde utiliza ferramentas que proporcionam a reflexão crítica sobre as práticas em serviço, sendo em si, uma prática educativa aplicada ao trabalho que possibilita transformações nas relações, nos processos de trabalho, nas condutas e atitudes, nos profissionais e na equipe.

A primeira categoria identificada no núcleo direcionador “*Entendimento sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*” foi **educação de profissionais no âmbito do trabalho (21 URs)**.

“... é a educação de servidores... é dentro do âmbito de trabalho... relacionado à educação” (G2).

“... se não houvesse a educação permanente em saúde... o profissional fica desatualizado fazendo procedimentos que... não são bons pra saúde do usuário, do paciente... ele pode até prejudicar ao invés de tá ajudando...” (G3)

Dessa categoria emergiram 6 subcategorias, sendo a primeira **qualificação do profissional em serviço (7 URs)**.

“é... dentro [...] da própria convivência, dentro de capacitações né, que a gente sempre faz, é a Política Nacional de Educação Permanente...” (G7).

“[...] profissionais de saúde [...] mais eficaz em receber as pessoas né?! Em todas as questões tanto na curativa, quanto na relação humana mesmo” (G8).

“[...] ela sempre aconteceu no Município por conta das atualizações...” (G10).

Na tentativa de ter na assistência em saúde profissionais resolutivos, a proposta é qualificar os trabalhadores de acordo com as dificuldades presentes em sua realidade.

Na proposta da educação permanente, a capacitação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia-a-dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade, e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada (BRASIL, 2005, p.12).

A segunda subcategoria **necessidade da especificidade para o serviço (1 UR)**.

“Eu entendo que a política (EP) visa a qualificação do profissional que já está em serviço [...] uma qualificação pra aquele serviço” (G1).

Outra subcategoria que representa o entendimento sobre Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é a **atualização para acompanhar as mudanças (4 URs)**.

“... servidor sempre atualizado nas diversas mudanças que o mundo vem transcorrendo...” (G2).

“... todo dia tem o novo e na saúde [...] a gente precisa tá sempre atualizado” (G9).

A quarta subcategoria emergida é **transformação do fazer cotidiano (4 URs)**.

“(a educação) tem que acontecer como algo de mudança todos os dias...” (G2).

“deveria ser constante né?! e não assim casual, deveria ter um acompanhamento continuo dos profissionais...” (G5).

Outro entendimento que surgiu foi através da subcategoria **caráter permanente da formação (7 URs)**.

“Uma atualização, como se fosse uma complementação, mas tem que ser realmente permanente porque nunca pára né?!” (G3).

“...tem um diferencial né?! Não é que é constantemente, [...] não que ela é pra todo dia, toda hora, mas ela dá continuidade, é uma coisa que continua, não é estática... é dinâmica...” (G7).

“[...] processo educacional, que ele tinha que ser contínuo dentro dos serviços [...]” (G10).

A última subcategoria gerada desta categoria foi **implicações, consequências da falta de atualização profissional (2 URs)**.

“... se não houvesse a educação permanente em saúde... o profissional fica desatualizado fazendo procedimentos que... não são bons pra saúde do usuário do paciente... ele pode até prejudicar ao invés de tá ajudando...” (G3).

“... fica difícil porque tem vícios né?! De práticas de técnicas erradas, e aí quando vê um que já está atualizado... gera conflitos entre a equipe...” (G3).

Necessidade de conhecer a política EP (4 URs) foi a segunda categoria desse núcleo direcionador.

“Eu conheço muito pouco de diretriz, de legislação...” (G1).

“... acho que a... política de educação continuada ... é aquela política ... que a gente faz no dia a dia com o servidor” (G4)

Dessa categoria emergiu a subcategoria **visão restrita sobre a política EP (5 URs)**.

“... a política existe sim, eu conheço a política, eu sei que existe, no... setor ali de departamento de pessoas, mas ela tem pouca efetividade...” (G5).

“[...] a política nacional... começou como continuada, e agora ela passou a ser permanente, pela necessidade constante dos serviços...” (G10).

Ainda nesse núcleo direcionador surgiu a **dinamicidade da área da saúde (4 URs)** como terceira categoria desse núcleo direcionador.

“... os profissionais... eles têm que ganhar experiências e depois da experiência ele tem que tá sempre atualizando porque a saúde... não é estática!” (G3).

“... e a gente todo dia renovando, porque todo dia surge novos avanços... na ciência, né?!” (G4).

Reconhecimento da necessidade de novos conhecimentos e habilidades (7 URs) é a última subcategoria de núcleo direcionador.

“O que eu conheço pela educação é o que eles tem feito com a gente [...] tem aperfeiçoado os profissionais, não só gestor...” (G6).

“[...] é muito importante tanto pra mim como gestora e como pra minha equipe, está sempre em processo de educação” (G9).

Na análise temática do núcleo direcionador *“Percepção sobre saúde”* foram encontradas 11 Unidades de Contexto (UC), das quais foram identificadas 20 Unidades de Registro (UR). Na confluência destas UR, emergiram 4 categorias com suas respectivas subcategorias, como mostra o Quadro 3.

QUADRO 3: Categorias e subcategorias emergentes do núcleo direcionador “Percepção sobre saúde.”

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Conceito ampliado de saúde (10 URs)	É uma questão social (6 URs)
	Boas relações interpessoais e com o meio que vive (3 URs)
	Fator variável para cada indivíduo (4URs)
	Conjunto de fatores positivos (5URs)
Contrário de doença (3 URs)	Prevenção de doenças (3URs)
Ter conhecimento que evitem o adoecimento (3 URs)	
Sensibilização e solidariedade com o outro (2URs)	

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas (SCLiar, 2007).

A primeira categoria identificada do segundo núcleo direcionador foi **conceito ampliado de saúde (10 URs)**.

“... na verdade é um bem estar geral físico e emocional da pessoa; se a pessoa tiver bem fisicamente e tiver bem emocionalmente, ela vai estar com saúde...” (G2).

“[...] saúde é uma coisa assim tão ampla... que eu acho que ele ultrapassa até os conceitos que a gente tem hoje...” (G10).

É uma questão social (6 URs) é a primeira categoria identificada neste núcleo direcionador.

“[...] entra a parte social... e garantia de ter um ambiente seguro pra viver... um ambiente que garanta, tanto a segurança pra ela como proporcione uma ampla saúde... livre de esgoto a céu aberto... não é apenas ausência de doenças a gente também leva em consideração a parte emocional” (G5).

“[...] as vezes eu to bem de saúde, não to com pressão alta, não tenho nada disso. Mas eu to abalada psicologicamente por uma questão social mesmo né?!” (G7).

A segunda subcategoria que emergiu deste núcleo direcionador foi **boas relações interpessoais e com o meio que vive (3 URs)**.

“saúde... envolve vários aspectos de uma vida desde o aspecto físico, o aspecto sanitário, o ambiente em que ela vive, a sociedade em que ela convive...” (G1).

“[...] pra você ter saúde você tem que tá completo, tem que tá bem consigo mesmo com os outros, com tudo” (G3).

A terceira subcategoria deste núcleo direcionador foi **fator variável para cada indivíduo (4URs).**

“... saúde é um conjunto de fatores que fazem com que a pessoa se sinta bem ou não. Ela se sinta saudável ou não” (G1).

“... às vezes você não tem doença no corpo, mas tem algum problema na alma, falta de relacionamento, é uma pessoa sozinha que não se insere em grupos nenhum, então ela é uma pessoa doente...” (G3).

A quarta e última subcategoria dessa categoria foi **conjunto de fatores positivos (5URs).**

“... é o bem estar, o bem estar geral, não é o bem estar físico [...] envolve tudo, a educação, o lazer né?! Porque o que causa a doença é a ausência de certas coisas [...]” (G7).

“Saúde pra mim é a pessoa precisa ter lazer, trabalho, renda porque tudo isso vai mexer na mente. Mexendo na mente mexe no corpo, mente sã, corpo são pra mim saúde seria isso” (G9).

A segunda categoria desse núcleo direcionador foi **contrário de doença (3 URs).**

“[...] o conceito de saúde, primeiramente vem como ausência de doença... é um dos conceitos ... que eu posso tá colocando [...]” (G2).

“[...] saúde eu acho que não é só a ausência de doenças né?!” (G3).

Sendo vista como subcategoria dessa categoria **prevenção de doenças (3URs).**

“[...] enquanto a gente se fala em saúde na questão municipal, a gente tá falando de prevenção, não deixar que as pessoas adoeçam...” (G8).

“A gente vê que, quando volta lá atrás no passado, tinha muita hanseníase, tinha muito tuberculoso, tinha muita essas doenças... hoje elas existem menos por quê? Pelo trabalho de prevenção que é feito” (G8).

A penúltima categoria surgida nesse Núcleo Direcionador foi **ter conhecimento que evitem o adoecimento (3 URs)**.

“Saúde pra mim é... é o conhecimento do dia a dia né a... experiências, o conhecimento tanto científico como o técnico científico também né e do dia a dia” (G4).

“[...] seria isso que as pessoas tivessem conhecimento de como ter saúde” (G8).

Sensibilização e solidariedade com o outro (2URs) foi a última categoria que define a *percepção do que é saúde*.

“[...] o meu conceito é esse não é que a pessoa vem te procurar só porque ele tá doente... E eu acho que a gente teria que ter esse ombro amigo pra ver isso aí, ter essa sensibilidade diferenciada” (G8).

“ele traz o social junto é o que a gente tem que fatiar... A gente tem que ouvir ele e tem que fatiar, colocar ele na ação social e colocar no setor de justiça, remeter ele para um outro serviço que possa complementar aqui” (G10).

Na análise temática do núcleo direcionador *“Contribuições da Educação Permanente para o conhecimento e a prática do serviço”* foram encontradas 12 Unidades de Contexto (UC), das quais foram identificadas 17 Unidades de Registro (UR). Na confluência destas UR, emergiram 2 categorias com suas respectivas subcategorias, como mostra o Quadro 4.

QUADRO 4: Categorias e subcategorias emergentes do núcleo direcionador *“Contribuições da Educação Permanente para o conhecimento e a prática do serviço.”*

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Propõe aprendizado significativo (4 URs)	Relaciona a teoria com a prática (1UR)
	Considera o conhecimento de cada sujeito (1UR)
	O conhecimento é específico para cada realidade (2 URs)
	Promove reflexão da prática (6 URs)

Aprimora conhecimentos e prática (6 URs)	Contribui para a melhoria da assistência (6 URs)
--	--

Luz (2010):

A Educação Permanente é uma estratégia que induz a reflexão das práticas do trabalho, faz com que os profissionais repensem suas condutas, busquem melhora do atendimento e proporciona uma maior interação entre a equipe. Essa prática educativa deve proporcionar aquisição, enriquecimento e manutenção dos conhecimentos, bem como constante observação das técnicas, atitudes e posturas pelos profissionais. Sendo assim, espera-se que através dessa estratégia, os profissionais sejam capazes de aperfeiçoar suas práticas no trabalho, melhorar a qualidade do atendimento e, com isso, ocasionar reflexos positivos e maior satisfação na comunidade (p.12).

A primeira categoria que emergiu desse núcleo direcionador foi **Propõe aprendizado significativo (4 URs)**.

“[...] a educação permanente assim, não é mais só aquela coisa de jogar informação, ela tem buscado né?! Criar, envolver o profissional, criar um envolvimento do profissional na prática daquele conhecimento [...]” (G1).

“... uma estratégia voltada mesmo ao profissional de saúde se identificar no meio da saúde” (G8).

“[...] Então hoje o que a gente percebe que o que a Secretaria nos oferece de atualização, de educação permanente é algo que o funcionário quer, é algo que ele quer [...]” (G10).

Dessa categoria **relaciona a teoria com a prática (1UR)** foi a primeira subcategoria definida.

“[...] a educação permanente tem buscado o conhecimento não só de fora pra dentro né do que tá acontecendo na pesquisa... do que tá acontecendo no laboratório pra poder pra prática como ela também tá considerando o que se vive na prática pra levar pro conhecimento [...]” (G1).

Segunda subcategoria **considera o conhecimento de cada sujeito (1UR)**.

“[...] não tá sendo ali só injetado o conhecimento tá sendo considerado o que acontece de fato na prática pra que esse conhecimento de fato tenha um influencia na prática” (G1).

A terceira subcategoria que também define esse núcleo direcionador foi **o conhecimento é específico para cada realidade (2 URs)**

“tá sendo considerado o que acontece de fato na prática pra que esse conhecimento de fato tenha um influencia na pratica” (G1).

“... a educação permanente seria assim, quem tem conhecimento nessa área específica...” (G8).

A ultima subcategoria correspondente as contribuições da Educação Permanente para o conhecimento e a prática em serviço foi **promove reflexão da prática (6 URs)**.

“Ela traz uma atualização dos métodos... trazendo essa atualização dos métodos, você consegue verificar as mudanças que você precisa desempenhar no seu dia a dia do trabalho...” (G2).

“sem essa ferramenta... e dentro do processo de conhecimento, de atualização, de capacitação do trabalhador pra executar as ações, inserido nesse processo educacional vem esse processo de humanização. Por que quando a gente compreende melhor a coisa, nós realizamos melhor” (G10).

A segunda categoria desse núcleo direcionador foi **aprimora conhecimentos e prática (6 URs)**.

“[...] quanto mais agregação de conhecimento, você tem uma determinada área, maior é a contribuição daquela área para com a saúde da população [...]” (G2).

“A educação permanente com certeza ela contribui muito... eu tenho conhecimento, participo muito de cursinhos assim, dentro da secretaria mesmo voltado em todas a áreas. A saúde da mulher, a saúde da criança nessas coisas, então você vai criando uma visão do que é o melhor né?!” (G8).

“a gente percebe que com o conhecimento, muda-se os comportamentos..né?!” (G10).

Contribui para a melhoria da assistência (6 URs) foi a ultima subcategoria do núcleo direcionador .

“[...] a educação permanente ela é importante... para que o profissional se atualize né?! Nos novos conhecimentos, as novas tecnologias, pra que ele possa oferecer uma assistência... de qualidade...” (G5).

“[...] é muito bom pra unidade, isso cresce o profissional e cresce também a qualidade do serviço na unidade “(G6).

“... a gente precisa ter conhecimento, e se isso não acontecer... a gente não consegue fazer saúde, a gente não consegue executar nosso trabalho... então esse processo de educação permanente é fundamental, eu acho que é a ferramenta que vem nos auxiliar nosso trabalho...” (G10).

Na análise temática do núcleo direcionador “*Dificuldades e facilidades na implementação da Educação Permanente*” foram encontradas 24 Unidades de Contexto (UC), das quais foram identificadas 30 Unidades de Registro (UR). Na confluência destas UR, emergiram 2 categorias com suas respectivas subcategorias, como mostra o Quadro 5.

QUADRO 5: Categorias e subcategorias emergentes do núcleo direcionador “*Dificuldades e facilidades na implementação da Educação Permanente.*”

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Facilidade na implementação da Educação Permanente (12 URs)	Profissional sensibilizado (4 URs)
	Implantação da política na gestão (1 UR)
	Envolvimento da gestão com a proposta (7 URs)
Dificuldade na implementação da Educação Permanente (17 URs)	Interrupção do serviço (1 UR)
	Falta de entendimento da população (3 URs)
	Maior foco na gestão (1 UR)
	Baixa oferta de formação (2 URs)
	Falta de sensibilização do profissional (6 URs)
	Falta de comunicação efetiva (1 UR)
	Ausência de autonomia na definição de prioridades (1 UR)
	Ações de formação verticalizadas – 1UR
	Falta de apoio institucional na unidade (2 URs)
	Duplicidade de vínculos empregatício (2 URs)
Ausência de ambiente adequado e acolhedor (1 UR)	

Merhy (2005) citado por Mângia (2007) afirma que o desafio é pensar uma nova pedagogia – que usufrua de todas as que têm implicado com a construção de sujeitos auto determinados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva – que se veja como amarrada a intervenção que coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-político

do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe.

A primeira categoria emergente desse núcleo temático foi **facilidade na implementação da Educação Permanente (12 URs)**.

“Facilidade eu acho assim que pela parte de alguns [...] tá inserido nisso, tá apoiando isso, tá dizendo assim, isso é importante então vamos, o que é que a gente pode ajudar vamos tá ajudando, então acho assim que é importante todos estarem envolvidos né, pra poder justamente trazer aquela minoria que não quer, que está resistente...” (G3).

“[...] mas, quanto aos funcionários mesmo de ir, de participar, eles sempre estão disponíveis” (G6).

“da secretaria eu acho que tem apoio e muito, acho que foi a gestão que mais deu capacitação pras pessoas foi essa daí, essa gestão, nesse momento, teve capacitação de tudo, entendeu?” (G8).

Profissional sensibilizado (4 URs) foi uma facilidade apontada pelos gestores.

“as facilidades...a questão do profissional também buscar [...] Querer precisar disso, e sentir que o serviço dele pode melhorar...” (G1).

“[...] todos os profissionais eles anseiam vão aceitar de braços abertos... essa é uma facilidade, que ele não vai ser rejeitado que todos querem, todos pedem, todos precisam... tá sempre atualizado né?! [...]” (G5).

Outra subcategoria que emergiu nesse núcleo temático foi a **implantação da política na gestão (1 UR)**.

“[...] de positivo eu acho assim que... só em ter implementado, ter sido colocado em prática, já ter tido esse início, pelo menos assim na parte de, de gestão e de alguns pontos específicos já foi um ganho enorme...” (G2).

Envolvimento da gestão com a proposta (7 URs) foi a última subcategoria apontada como facilidade.

“[...] creio que pela nova gestão né?! É... tá mais aberta... ao conhecimento isso faz com que seja aperfeiçoado [...]” (G6).

“eu acho que hoje a secretaria municipal, ela tem essa preocupação grande. É tanto que as vezes a gente coordenador reclama, aí o nosso servidor não para na unidade, o nosso servidor né?! É todo dia capacitação, é todo dia isso, é todo dia aquilo, a gente reclama nesse sentido, mas a gente sabe que é preciso...então eu acho que hoje a secretaria tá muito preocupada com isso” (G8)

A segunda categoria que emergiu foi a **dificuldade na implementação da Educação Permanente (17 URs)**.

“[...] a não interação entre todos os envolvidos...” (G2).

“Bem é...eu acho assim que a dificuldade seria resistência por parte de alguns né” (G3).

“... tem várias pessoas aqui que são capacitadas em determinadas áreas, que não tem a mínima preocupação, a não ser que o coordenador vá lá, implante fique estimulando, fique instigando e como a gente tem uma demanda de coisa muito alta pra fazer finda que às vezes as coisas fica parada” (G8).

A **interrupção do serviço (1 UR)** foi apontada como dificuldade para a implementação da educação permanente.

“As dificuldades acabam sendo as questões do próprio serviço porque muitas vezes precisa interromper o serviço de determinada categoria de determinado profissional pra que ele vá passar por esse processo” (G1).

Outra dificuldade emergida é a **falta de entendimento da população (3 URs)**.

“interromper o serviço... de determinado profissional pra que ele vá passar por esse processo de educação permanente... Em alguns momentos o usuário não entende essa ausência do profissional...”(G1).

“a gente tem uma comunidade que [...] quer tudo pronto pra ela ser atendida sabe? E você tem que atende-lo dentro da necessidade dele, saber dizer um não... a gente tem essa dificuldade de local, pra exercer a educação permanente” (G10)

O **Maior foco na gestão** foi apontado por um dos entrevistados (1 UR).

“... a Educação Permanente no município estava muito falha, estava não, está! Eu considero que ela poderia, tá mais voltada aos servidores né?! E atualmente o pessoal se preocupou muito em apenas fazer uma atualização diretamente da área de gestão” (G2).

Outra subcategoria que emergiu nesse núcleo temático foi a **baixa oferta de formação (2 URs)**

“[...] não oferece pra todos servidores né... você tem que escolher apontar alguns servidores [...]” (G4).

Falta de sensibilização do profissional (6 URs) foi identificada como a quinta subcategoria desse núcleo direcionador.

“... a dificuldade é o profissional querer né?! Assistir, ser é capacitado e não querer por em prática...” (G8).

“... a dificuldade que eu ainda encontro é das pessoas não valorizarem essa educação...” (G9).

Também como dificuldade identificou-se a **falta de comunicação efetiva (1UR)**.

“tem uma dificuldade, pra se implementar, a comunicação ainda não chegou a ser como deveria ser” (G2).

Ausência de autonomia na definição de prioridade (1 UR) foi apontada por um dos entrevistados.

“[...] a Educação Permanente no município estava muito falha, estava não, está! Eu considero que ela poderia, tá mais voltada aos servidores né?! E atualmente o pessoal se preocupou muito em apenas fazer uma atualização diretamente da área de gestão” (G2).

Ações de formação verticalizadas (1UR) também foi apontada por um dos entrevistados.

“[...] então eu acho que basicamente por não ter esse polo específico em cada segmento, isso traz uma dificuldade bastante pra sua implementação, deixando muito isso centralizado junto à própria secretaria” (G2).

Constatou-se que **a falta de apoio institucional na unidade (2 URs)** também é uma dificuldade.

“[...] a educação permanente ela precisa tá ali no centro né?! ser uma prioridade, e ter uma equipe formada pra acompanhar em todas as unidades, pra tá trazendo os profissionais, e tá voltando, acompanhando né o retorno dos profissionais da efetivação daquele conhecimento” (G5).

Duplicidade de vínculos empregatício (2 URs) também dificulta a implementação da Educação Permanente.

“[...] os funcionários ele trabalham aqui, mas trabalham em outros locais e as capacitações sempre é integral né?! Então aí fica um pouquinho complicado né?![...]” (G6).

“[...] o que torna difícil é assim... se eles fazem uma capacitação a tarde aí o pessoal da tarde vai porque é no horário de trabalho, mas se for de manhã, aí só o pessoal da manhã [...]” (G7).

Ausência de ambiente adequado e acolhedor (1 UR) é a última subcategoria que emergiu desse núcleo direcionador.

“Mas eu tenho uma dificuldade de ambiente... o ambiente que nos trabalhamos hoje aqui eu não tenho um espaço pra que a gente possa, pra que eu possa tirá-los do meio e levar pra esse ambiente pra que eu possa, fazer alguma dinâmica, fazer alguns trabalhos” (G10).

Na análise temática do núcleo direcionador *“Participação dos profissionais de saúde nos processos formativos de qualificação profissional”* foram encontradas 18 Unidades de Contexto (UC), das quais foram identificadas 24 Unidades de Registro (UR). Na confluência destas UR, emergiram 4 categorias com suas respectivas subcategorias, como mostra o Quadro 6.

QUADRO 6: Categorias e subcategorias emergentes do núcleo direcionador *“Participação dos profissionais de saúde nos processos formativos de qualificação profissional.”*

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Resistência em participar das ações de Educação Permanente (3URs)	A formação tradicional influencia o processo de qualificação (1UR)
	Não refletem sobre a prática (7URs)
Falta de motivação dos profissionais (7URs)	
Abertura para novos conhecimentos (7 URs)	Profissionais sensibilizados com a proposta (4 URs)
Necessidade de planejar ações Educação Permanente (2URs)	

Não basta somente haver processos formativos de qualificação profissional voltado para as necessidades de saúde da população. Segundo Chiesa et al. (2007) é preciso também, que os profissionais de saúde desenvolvam competências e habilidades para que se constituam como sujeitos comprometidos com a busca de equidade do cuidado, do acesso e da cidadania.

A primeira categoria desse núcleo direcionador é a **resistência em participar das ações de Educação Permanente (3URs)**.

“Alguns profissionais ainda não, não conseguiram [...] perceber que o exercício daquilo que ele conheceu faz parte da educação permanente, ele acha que ele não vai aprender...” (G1).

“as vezes tem esses que ficam assim mais arredo mas só que eles, na realidade não é nem que eles não queira é que se você explicar pra ele direitinho do que se trata eles aceitam” (G6).

Um profissional apontou que a **formação tradicional influencia o processo de qualificação (1UR)**.

“[...] profissionais hoje recém-formados já conseguem participar melhor e outros com formação mais antiga... tem essa dificuldade porque eles já vieram nesse ritmo de receber , receber, receber e depois eu ponho em pratica. [...]” (G1).

A segunda subcategoria que emergiu nesse núcleo direcionador é a participação dos profissionais nos processos formativos **não refletem sobre a prática (7URs)**.

“... eles acham assim que, que ganhar só salário dele e já tá bom demais, ele tendo como ir trabalhar e atender, não importa a qualidade que ele tá atendendo, ele pensa assim o importante é que eu to ganhando o meu salário e pronto...” (G3).

“E tem aquele outro profissional que ele é mais , tipo assim, eu vou fazer o que me compete , eu só ganho pra isso aqui, eu não to interessado naquilo ali né?!” (G8).

Falta de motivação dos profissionais (7URs) foi a segunda categoria que emergiu nesse núcleo direcionador.

“Considero eles muito passivos, em sua grande maioria [...] durante 1 ano a gente fez a designação pra participar dessas atualizações e percebe-se que... ficam com essa atualização pra si...” (G2).

“... realmente de ir de livre espontânea vontade e depois empregar esse aprendizado tá... meio deficiente ainda...” (G4).

A terceira categoria identificada na análise deste núcleo direcionador foi **abertura para novos conhecimentos (7 URs)**.

“Tem profissionais que a gente percebe que eles realmente querem fazer outros cursos também pra se aperfeiçoar...” (G3).

“Eles não tem nenhuma outra resistência não, o problema é essa questão de ter que desmarcar uma atividade da unidade, pra poder ir pro curso...” (G5).

Profissionais sensibilizados com a proposta (4 URs) emergiu como subcategoria deste núcleo temático.

“os que participam, o que a gente sempre envia o nome e que pede pra participar... eles participam... eles sempre tão disponível, e eles sempre põe em prática também o que eles aprendem” (G6).

“tem uns que vão, vão com a intenção de aprender de colocar em prática, tem aqueles que têm compromisso mesmo, com o seu trabalho com a sua vida né?!” (G8).

A ultima categoria definida para este núcleo direcionador **foi necessidade de planejar ações Educação Permanente (2URs).**

“A dificuldade maior é que não tem um cronograma... porque as equipes elas trabalham todas com um cronograma [...] a gente já tem um cronograma de atividades... então quando o curso chega assim um dia antes né?! aí inviabiliza dos profissionais participarem...” (G5).

“Na verdade eu acho que tinha que ter um cronograma assim, ou semestral, ou anual... entrar na programação da secretaria... tem que ter um plano de educação permanente [...] isso é importante porque pelo menos você pode... programar as atividades pra não prejudicar a população” (G5).

Espera-se que o processo de educação permanente funcione como fonte de conhecimento, e como objeto de planejamento e transformação das práticas de Saúde da Família, sendo que o planejamento desse processo formativo esteja adequado às necessidades loco-regionais, utilizando todos os recursos potenciais, especialmente o aparelho formador de recursos humanos (BRASIL, 2000).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhece-se na trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, a evolução das discussões em âmbito Federal, Estadual e Municipal sobre a formação e qualificação dos profissionais para atuarem no SUS.

Na realidade do Estado do Acre, tão importante quanto nos demais estados do Brasil, reconhece-se a importância de discutir a Educação Permanente na Estratégia da Saúde da Família e redefinir papéis profissionais em busca de melhor qualificação da força de trabalho, da responsabilização dos profissionais para com as demandas de saúde dos estados e municípios da Região Norte do país, que distante dos grandes pólos de desenvolvimento, apresenta condições de saúde muitas vezes adversas e dotadas de peculiaridades próprias da região.

A situação da Política de Educação Permanente em Saúde no município de Rio Branco-AC não difere de outros estados, está em processo de implantação. Como visto nos relatos apresentados na seção de resultados, a menos de três anos é que ações nessa lógica vêm acontecendo e, mesmo assim, verifica-se a necessidade de esclarecimentos conceituais e operacionais sobre esse processo.

Vê-se a necessidade de compreender melhor as diferenças conceituais de Educação Permanente em Saúde e Educação Continuada, apontada pela literatura como conceitos, frequentemente, utilizados como sinônimos, mas que na prática configuram-se com ações distintas de formação profissional, mas que podem e até devem ser ofertadas nas duas modalidades.

Neste estudo, as ações da Educação Permanente ofertadas aos profissionais de saúde, que atuam na Estratégia de Saúde da Família no município de Rio Branco-AC, e sua interferência nas práticas em serviço foi analisada na perspectiva dos profissionais e dos gestores com vistas às oportunidades de aprendizagem e possibilidades de inovação da prática profissional.

Os participantes desse estudo indicam que a metodologia que tem sido utilizada nas ações de formação implementadas até o momento, assim como as temáticas abordadas não tem contemplado as necessidades reais dos serviços e aos interesses dos profissionais. Dessa forma, pode-se inferir que a escolha

metodológica deverá atender aos princípios da aprendizagem significativa como possível ação transformadora deste processo de formação.

Na visão dos profissionais de saúde envolvidos nas ações propostas no referido período, existe a necessidade de participação ativa dos trabalhadores na elaboração das propostas educativas como forma de maior envolvimento e co-responsabilização pela formação.

É preciso que haja uma equipe gestora com habilidade para identificar os nós críticos e disponibilidade de realizar um planejamento estratégico voltado à assistência da Estratégia de Saúde da Família. Nesse planejamento deve haver integração das políticas públicas com a realidade local, visando o desenvolvimento de ações que efetivamente proporcionem mudanças nos modos de saber e fazer na saúde.

É importante que os profissionais entendam que essa política não visa somente a qualificação profissional/pessoal. Além disso, ela proporciona a transformação das práticas de cuidado, gestão e participação popular, no cotidiano dos serviços de saúde. Sem dúvida, uma ferramenta que pode contribuir efetivamente para esse processo se concretizar é a metodologia ativa, que permite o sujeito participar e construir seu aprendizado coletivamente.

Na expectativa de presenciar uma Educação Permanente mais efetiva no município de Rio Branco-AC, na perspectiva do trabalho em equipe e da integralidade do cuidado, será elaborado e proposto, para possível implementação, um plano de ação que possa se aproximar do que acreditamos potencializar a aprendizagem dos profissionais para que haja transformação na prática profissional e maior resolubilidade nos serviços em saúde.

REFERÊNCIAS

ACRE. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço do Acre. **Plano Estadual de educação Permanente em Saúde do Acre**. Rio Branco-Ac, 2007 e 2009.

ACRE. Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha. **Projeto Político Pedagógico**. Rio Branco-Ac, 2008.

ALEXANDRE, João W. C. et al. **Análise do número de categorias da escala de Likert aplicada à gestão pela qualidade total através da teoria da resposta ao item**. Disponível em <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2003_TR0201_0741.pdf>. Acesso em 20 jan 2013.

AGUIAR, R.A.T. **A Universidade e as Políticas de Educação Permanente para a Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso**. Tese de Doutorado. Tese de doutorado, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, 2010. Disponível no Google acadêmico (acesso internet: http://dspace.lcc.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/BUOS-8D4KUK/1/tese_raphael_aguiar___vers_o_final.pdf).

AGUIAR, Z.N. **SUS: Sistema Único de Saúde: Antecedentes, Percurso, Perspectivas**. São Paulo: Editora Martinari, 2011.

ANDER-EGG, E. **Introducción a las técnicas de investigación social**. Buenos Aires: Nueva Visión; 1978.

AMORIM, A.C.M.; M,A.; ROSSIT, R.A.S. Educação Permanente no cenário da Estratégia de Saúde da Família no município de Rio Branco. In: PINHEIRO, Roseni; SILVEIRA, Rodrigo; LOFEGO, Juliana; LEAL, Osvaldo; GUIZARDI, Francini Lube (Orgs.). **Apoiando a gestão do SUS em Rio Branco-Acre: a estratégia da incubadora de integralidade no desenvolvimento institucional local**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretário de Saúde. SUS: avanços e desafios**. Brasília (DF); 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**. Caderno de Atenção Básica nº 3. Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Artigo 200. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **10ª Conferência Nacional de Saúde**: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde; 1998.

BRASIL. **Caminhos para Educação Permanente em Saúde**. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 2004.

BRASIL. **Portaria 399/GM/MS**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. **Portaria 1.996 GM/MS**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada.** – Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – **Resolução 466/12**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em 09 de set. 2013.

CAROTTA, Flávia; KAWAMURA, Débora; SALAZAR, Janine. **Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos**. Saúde e Sociedade, v. 18, n. supl. 1, p. 48-51, 2009.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras.** Trab. Educ. Saúde, v. 6 n. 3, p. 443-456, 2009.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 10(4): 975-986, 2005.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p. 161-168, 2005.

CHIESA, Anna Maria et al. **A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde.** Cogitare enfermagem, v. 12, n. 2, 2007.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COSTA, T.F.D´A. **Competências gerais desenvolvidas na graduação médica para atenção à saúde da criança.** [doutorado]. UNIFESP, São Paulo, 2012.

COTTA, R.M.M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C.M. *et al.* **Organização do trabalho e perfil profissional do Programa Saúde da Família: um desafio na atenção básica de saúde reestruturação [ign]** . *Epidemiol. Serv. Saúde* , vol.15, n.3, p.7-18, setembro 2006.

DAVINI, M.C. **Prácticas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje.** In: Haddad JQ, Roschke MAC, Davini MC, editores. Educación permanente de personal de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p. 109-25. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n.100).

DAVINI, M.C. **Enfoques, problemas e perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde.** Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Série Pacto pela Saúde, V.0, p. 39-59, 2009.

DIEHL, Astor Antonio. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas.** São Paulo: Prentice Hall, 2004.

ESTRELA, Carlos. **Metodologia Científica – Ciência • Ensino • Pesquisa.** São Paulo: Artes Médicas, 2005.

FERRAZ, F. **Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional,** 2005.

FERREIRA, R.C.; FIORINI, V.M;L.; CRIVELARO, E. **Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente.** Rev. bras. educ. med. vol.34 no.2, Apr./June 2010.

FILHO, A. A. **Dilemas e desafios da formação profissional em saúde**; Interface - Comunic, Saúde, Educ, v8, n15, p.375-80, mar/ago 2004. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a19v8n15.pdf>>. Acesso em 20 jan. 2013.

GIL, A.C. **Como Elaborar um Projeto de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

GIL, A.C. **Como Elaborar um Projeto de Pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.

HOEFLING, Luciano. **Importância da Capacitação Profissional em Fisioterapia**. Disponível em < <http://grupofisiowork.wordpress.com/2013/03/20/importancia-da-capacitacao-profissional-em-fisioterapia/>>. Acesso em 22 nov 2013.

LEAL, O. et al. **O percurso da saúde pública em Rio Branco: de sede do departamento do Alto Acre à capital do Estado do Acre** IN: Apoiando a Gestão do SUS em Rio Branco - Acre: A estratégia da incubadora de integralidade no desenvolvimento institucional local. (org). PINHEIRO,R., SILVEIRA,R., LOFEGO,J., LEAL,O. e GUIZARDI,F.,L. - Rio de Janeiro: CEPES/IMS/UERJ/ABRASCO, 2013. 340 p.

LOBO, F.S.; LIMA, Í. F.S.; ACIOLI, K.L.B.O. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. Pacto pela Saúde, p. 97-109, 2011.

LOPES, S.R.S.; PIOVESAN, E.T.A.; MELO, L.O.; PEREIRA, M.F. **Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde**. Comun. Cien. Saúde. 2007; 18: 147-55.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E.D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, F.M. **Educação Permanente em Saúde: uma estratégia que possibilita transformações no processo de trabalho**. TCC Especialização em Atenção Básica na Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

MACHADO, A.G.M.; WANDERLEY, L.C.S. **Educação em Saúde**. Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS| UNIFESP, 2012.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira. **Política nacional de educação permanente em saúde: desafios e perspectivas**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 18, n. 3, p. i-ii, 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**, v. 6, p. 41-66, 2001.

MALHOTRA, N.K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora SA, 2006.

MEIRELES, M. **Instrumentos de gestão de mercado** [dissertação]. In: Scarp M.J. Gestão de clínicas médicas. São Paulo: Futura (Grupo Siciliano); 2004.

MERHY, Emerson Elias. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação**. Interface-comunicação, saúde, educação, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo. Hucitec/Abrasco, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOTTA, José Inácio Jardim; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia Celeste Matos. **Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde**. Olho Mágico, Londrina, v. 8, n. 3, p. 4-8, 2001.

MOURA, B.C.; ROCHA, P.C. **Atual Política de Formação de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde**. II Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2005. Disponível em http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos/EixoTematico_H/126Bianca_Coelho_Moura_priscilla_Coimbra.pdf. Acesso em 23 fev 2013.

MOUTINHO, Renata. **Educação Permanente: Estudo de Caso de uma Secretaria Municipal de Saúde do Vale do Rio dos Sinos**. Disponível em: <http://ged.feevale.br/bibvirtual/monografia/MonografiaRenataMoutinho.pdfEstudo>. Acesso em 08 set 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Organização Mundial da Saúde, Departamento de Recursos Humanos para a Saúde**, CH-1211 Genebra 27, Suíça, 2010.

PAULINO, V.C.P. **Processo de Educação Permanente no Cotidiano da Estratégia Saúde da Família**. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, FACULDADE DE ENFERMAGEM, 2008. Disponível em http://mestrado.fen.ufg.br/uploads/127/original_Valquiria_Coelho_Pina_Paulino.pdf?1336147076. Acesso em 10 nov 2013.

PAULINO, V.C.P.; SOUZA, P.R.; BORGES, C.J. **Contribuições da Educação Permanente em Serviço no Contexto da Estratégia de Saúde da Família**. Itinerarius Reflectionis, v. 2, n. 9, 2010.

PAULINO, V.C.P. et al. **Ações de Educação Permanente no contexto da Estratégia de Saúde da Família.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, jul/set; 20(3):312-6, 2012.

PESSANHA, R.V.; CUNHA, F.T.S. **A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família.** Texto Contexto Enferm, v. 18, n. 2, p. 233-40, 2009.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde.** Physis, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, L.A.A.; FERRAZ, F.; LINO, M.M.; BACKES, V.M.S.; SCHMIDT, S.M.S. **Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) set;31(3):557-61, 2010.

SMAHA, India Nara; CARLOTO, Cássia Maria. **Educação permanente: da pedagogia para a saúde.** VII Seminário do Trabalho: trabalho, educação e sociabilidade, p. 24-28, 2010.

SOUZA, A.; ROSCHKE, M. A. **Educación continua y aprendizaje a lo largo de la vida: valoración de sus contribuciones para el desempeño individual e organizacional.** Caderno, Currículo e Ensino, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 7-29, 2003.

VASCONCELOS, M. et al. **Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009.

VENDRUSCOLO, C.; CONSTANCI, C.; RÖHRIG, F.A.. **Introdutório para Equipes de Saúde da Família: uma Proposta de Educação Permanente em Saúde no Oeste de Santa Catarina.** Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, v. 3, n. 2, p. 77-87, 2010.

VINCENT, Simone Paes. **Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 53, n. 1, p. 79-85, 2007.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração.** 4ª Edição. São Paulo: Atlas, 2003.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. **Lei 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de setembro de 1990a.

BRASIL. **Lei 8.142/90**. 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. . Diário Oficial da União. Brasília, 28 de dezembro de 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26643&janela=1>. Acesso em: 23 fev. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde – pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011, v1.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Vol. 14 (1); 41-65, 2004.

GUIMARÃES, I. M. A. C. **Programa de Educação Permanente e Continuada da Equipe de Enfermagem da Clínica Médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições**. Disponível em: < <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25620.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2012.

Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** - Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 2004; 16 Fev.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as **Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** e dá outras providências. Diário oficial da União, 2007; 22 Ago.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União, 2011; 24 Out.

OGUISSO, T. A. **Educação Continuada como fator de mudanças: visão mundial**. Rev. Técnica de Enfermagem. n.20, p. 22-25, jan./2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Programa de desarrollo de recursos humanos: la capacitación del personal de los servicios de salud en proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial**, Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud nº 3. Disponível em: <www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF33.pdf>. Acesso em: 05 de dezembro de 2012.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. *Divulgação em Saúde Para Debate*, n.12, jul. 1996. p. 39-44.

SILVA BRANQUINHO, N.C.S. et al. **Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família**. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 20, n. 3, p. 368-373, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARTA CONVITE

Breve Resumo do projeto de Pesquisa

Título: **“EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: oportunidades de aprendizagem e inovação da prática profissional”**.

Este é um projeto de pesquisa do Programa de **Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde** da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e tem como objetivo **analisar as ações da Educação Permanente ofertadas aos profissionais de saúde, que atuam na Estratégia de Saúde da Família no município de Rio Branco-AC, e sua interferência nas práticas em serviço**. O Projeto é orientado pela Profa. Dra. Rosana Ap. Salvador Rossit.

Especificamente, procura-se: a) caracterizar as contribuições da Educação Permanente nas mudanças das práticas de saúde na perspectiva dos profissionais, e b) analisar o papel do gestor na implementação da Educação Permanente nos serviços ofertados pela Estratégia de Saúde da Família.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritivo-analítico, com abordagens qualitativas e quantitativas, através de aplicação de questionário (profissionais) e entrevista (gestores).

Escolheu-se como cenário de coleta de dados as Unidades de Saúde da Família, não só por terem a equipe básica constituída como, também, por contar com os Centros de Saúde que são referência das respectivas Unidades.

A população de estudo, pretende alcançar o universo dos profissionais de saúde e os gestores das referidas Unidades. A aproximação ao objeto de pesquisa ocorrerá por meio do questionário com questões fechadas com respostas expressas mediante graus de concordância/discordância. Em outro momento, os gestores responderão questões relacionadas ao tema.

As respostas serão submetidas a uma análise quantitativa e qualitativa, mapeando as ações de Educação Permanente na perspectiva dos profissionais e dos gestores.

Espera-se assim, contribuir como uma oportunidade para que os gestores e profissionais da saúde possam refletir sobre suas ações e criar novas expectativas

no fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Agradecemos antecipadamente a colaboração de cada um de vocês.

Pesquisadora: Amanda Caroline Maciel Amorim - Enfermeira

Orientadora: Profa. Dra. em Educação Especial Rosana Ap. Salvador Rossit -
(UNIFESP)

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO - PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Idade: _____

Gênero: () Feminino () Masculino

Escolaridade: () Nível Médio Completo () Superior Completo

Profissão: () Médico () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem
() Agente Comunitário de Saúde () Outro: _____

Unidade de Saúde da Família: _____

Tempo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: _____

Orientações:

A partir de agora, leia cuidadosamente as asserções e marque com um “X” somente **UMA** opção, a qual representa sua opinião sobre a Educação Permanente.

NÃO HÁ ASSERÇÕES CORRETAS OU ERRADAS, o objetivo é caracterizar as contribuições da Educação Permanente nas práticas em saúde.

Legenda:

CT– CONCORDO TOTALMENTE

CP – CONCORDO PARCIALMENTE

DP – DISCORDO PARCIALMENTE

DT - DISCORDO TOTALMENTE

1. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para saúde.	CT	CP	DP	DT
2. A Educação Permanente em Saúde agrega aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva.	CT	CP	DP	DT
3. No seu cotidiano profissional são desenvolvidas ações de Educação Permanente.	CT	CP	DP	DT
4. Os processos de capacitação ofertada à equipe são compatíveis com as necessidades de saúde da população de sua área de abrangência.	CT	CP	DP	DT

5. Os gestores das Unidades da Estratégia da Saúde da Família motivam a participação dos profissionais em processos de qualificação profissional.	CT	CP	DP	DT
6. O profissional deve buscar qualificação profissional para melhorar o atendimento a saúde da população.	CT	CP	DP	DT
7. Os conteúdos ensinados através das ações de Educação Permanente são incorporados ao cotidiano das organizações e do trabalho.	CT	CP	DP	DT
8. Os conhecimentos adquiridos nas capacitações proporcionam transformação/mudanças na organização do trabalho.	CT	CP	DP	DT
9. Os conhecimentos adquiridos nas capacitações proporcionam transformação/mudanças nas práticas profissionais.	CT	CP	DP	DT
10. A melhoria da qualidade da assistência NÃO tem relação com as capacitações ofertadas/realizadas.	CT	CP	DP	DT
11. NÃO há diferença da prática de assistência em saúde entre um profissional que participa de processos formativos e outro que não participa.	CT	CP	DP	DT
12. As ações de Educação Permanente motivam a fazer inovação no atendimento em saúde.	CT	CP	DP	DT
13. Tenho dificuldade em participar de processos de formação – Educação Permanente.	CT	CP	DP	DT

ESSE ESPAÇO ESTÁ RESERVADO PARA SEUS COMENTÁRIOS E/OU SUGESTÕES SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA SUA UNIDADE DE SAÚDE.

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES

Idade: _____

Gênero: () Feminino () Masculino

Escolaridade () Nível Médio Completo () Superior Completo

Profissão: _____

Unidade de Saúde da Família:

Tempo de trabalho na Gestão da Estratégia de Saúde da Família: _____

1. Conte-me o que você conhece/entende sobre a Política Nacional de Educação Permanente.
2. Como você conceitua saúde?
3. Quais as contribuições que a Educação Permanente provê para o conhecimento e para a prática no serviço?
4. Quais foram as facilidades e dificuldades na implementação da Educação Permanente no município?
5. Em sua opinião, como você avalia a participação dos profissionais de saúde nos processos formativos de qualificação profissional?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Consentimento formal de participação no projeto intitulado EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: oportunidades de aprendizagem e inovação da prática profissional.

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária nesse projeto, que tem como objetivo avaliar as atividades da Educação Permanente como estratégia de mudança nas práticas dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família no município de Rio Branco. Participarão 10 gestores dos Centros de Saúde e 152 profissionais que compõe a equipe de Saúde da Família de 19 Unidades de Saúde da Família. O critério de participação é o profissional estar atuando em uma unidade que possua a equipe básica constituída. A coleta de dados será realizada mediante questionário para os profissionais e entrevista para os gestores.

Informamos que não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. O questionário encontra-se em anexo para que possa analisá-lo antes da assinatura deste termo. A previsão é que os profissionais da saúde e gestores despendam em média de 30 a 45 minutos para responder o questionário e a entrevista, respectivamente.

Eu, _____, idade _____ residente na cidade de _____, estou ciente da minha participação na pesquisa, sob orientação da Profa. Dra. em Educação Especial ROSANA AP. SALVADOR ROSSIT.

Fui informado (a) que o estudo não trará nenhum risco para a minha saúde e que minha identidade não será revelada. Eu entendo que não existe nenhum tipo de seguro de saúde ou de vida que possa vir a me beneficiar em função de minha participação neste estudo. A minha participação é voluntária, não obrigatória. É meu direito interromper a minha participação a qualquer momento, retirando meu consentimento se julgar necessário, sem que isto incorra em qualquer penalidade ou prejuízo. As informações obtidas serão mantidas em sigilo e não poderão ser consultadas por pessoas leigas sem a minha autorização oficial. Estas informações só poderão ser utilizadas para fins estatísticos, científicos ou didáticos, desde que fique resguardada a minha privacidade. Concordo que os resultados obtidos possam ser divulgados em aulas, congressos, palestras ou periódicos científicos; porém, eu não devo ser identificado por nome em qualquer uma das vias de publicação ou uso, visto que os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação.

A enfermeira Amanda Caroline Maciel Amorim, responsável por este estudo explicou a importância da minha participação e se prontificou a responder todas as questões sobre o projeto, esclarecendo que eu posso tirar dúvidas agora ou a qualquer momento. Eu estou de acordo com a minha participação no estudo, de livre e espontânea vontade, e entendo a relevância dele.

Para questões relacionadas a este estudo, entre em contato com **Profa. Dra. em Educação Especial ROSANA AP. SALVADOR ROSSIT**, orientadora dessa pesquisa, pode ser encontrada no endereço **Av. Ana Costa, 95 , Vila Mathias, Santos- SP** , telefone (13) 3878-3731. Se você tiver alguma consideração ou dúvida

sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br

Julgo que é meu direito manter uma cópia deste consentimento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo em participar.

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do participante

_____ Data: ____/____/____
Assinatura da testemunha

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária do Consentimento Livre e Esclarecido deste professor para a participação neste estudo.

_____ Data: ____/____/____
Amanda Caroline Maciel Amorim - Enfermeira

ANEXOS

ANEXO I- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/ Hospital São Paulo

PROJETO DE PESQUISA

Título: EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: oportunidades de aprendizagem e inovação da prática profissional
Área Temática:

Pesquisador: AMANDA CAROLINE MACIEL AMORIM

Versão: 2

Instituição: Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP))

CAAE: 01903312.0.0000.5505

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 38309

Data da Relatoria: 18/06/2012

Apresentação do Projeto:

conforme parecer CEP 19611 DE 4/5/2012

Objetivo da Pesquisa:

conforme parecer CEP 19611 DE 4/5/2012

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

conforme parecer CEP 19611 DE 4/5/2012

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

conforme parecer CEP 19611 DE 4/5/2012

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

conforme parecer CEP 19611 DE 4/5/2012

Recomendações:

conforme parecer CEP 19611 DE 4/5/2012

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

AS PENDENCIAS FORAM ATENDIDAS E O ESTUDO PODE SER APROVADO

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Pendências atendidas. O colegiado acatou o parecer do relator. Projeto aprovado.

SAO PAULO, 18 de Junho de 2012

Assinado por:

José Osmar Medina Pestana