

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LICAONIA MARA DE SOUZA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DAS EQUIPES DA ATENÇÃO
BÁSICA: REFLEXÃO-AÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

Natal, RN

2023

LICAONIA MARA DE SOUZA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DAS EQUIPES DA ATENÇÃO
BÁSICA: REFLEXÃO-AÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Orientador: Prof^a. Dra. Grácia Maria de Miranda Gondim.

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Educação na Saúde.

Natal, RN

2023

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Souza, Licaonia Mara de.

Educação permanente no cotidiano das equipes da Atenção Básica: reflexão-ação dos profissionais / Licaonia Mara de Souza. - 2023.

88f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Nordeste. Natal, RN, 2023.

Orientadora: Grácia Maria de Miranda Gondim.

1. Educação Continuada - Dissertação. 2. Profissionais da Saúde - Educação Permanente - Dissertação. 3. Estratégia Saúde da Família - Dissertação. I. Gondim, Grácia Maria de Miranda. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 377.3

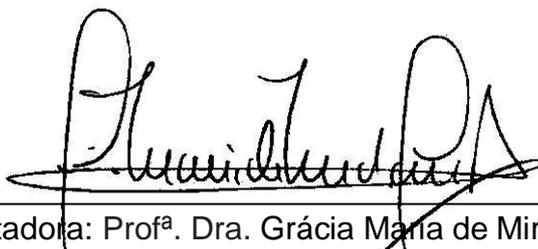
FOLHA DE APROVAÇÃO

Licaonia Mara de Souza

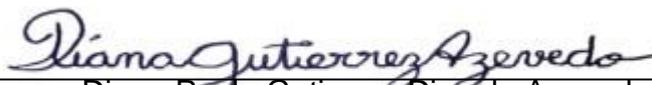
EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DAS EQUIPES DA
ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXÃO-AÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do
Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação
em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Banca Examinadora:



Orientadora: Profª. Dra. Grácia Maria de Miranda Gondim.
UFRN/Fundação Oswaldo Cruz



Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo
Fundação Oswaldo Cruz



João Bosco Filho
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Aprovação em: 31 de março de 2023
Natal, RN

AGRADECIMENTOS

A Deus, por seu amor e misericórdia, Ele que fez o sonho do mestrado se tornar real, me dando força e me fazendo perseverar.

À minha família, em especial, aos meus pais, Maria da Conceição e Luca, pela dedicação, respeito, e pela condução da minha educação.

Ao meu esposo Anderson Corsino, por sempre acreditar e embarcar comigo nos meus sonhos e projetos, sendo conforto, escuta e amparo nas horas difíceis.

Ao meu filho Bento, que ainda se encontra em meu ventre, mas já é um ser que, embora tão pequeno, me motiva e me faz ter forças para seguir realizando e acreditando nos meus sonhos. Filho, saiba que a educação é o caminho certo a ser seguido.

Aos amigos que estiveram comigo durante essa caminhada, me incentivando e acreditando.

À minha querida e admirável orientadora Prof^a. Dra. Grácia Maria de Miranda Gondim, por conduzir uma orientação com muita humildade, zelo, respeito e acima de tudo empatia. Os nossos momentos de orientação sempre foram leves e acolhedores. Ela tem minha admiração como profissional e pessoa.

Aos professores que fizeram parte da banca de defesa, que deram excelentes contribuições importantes para o aprimoramento do estudo.

À secretaria municipal de saúde de Sousa/PB, por permitir e apoiar no desenvolvimento do trabalho.

Aos profissionais e coordenadores da Atenção Básica do município de Sousa/PB, por acolherem a pesquisa e serem atores importantíssimos, sem vocês, não teria sido possível.

À turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF/ URFN, com os quais construímos saberes, dividimos angústias, alegrias e conquistas.

Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF/ URFN, pelos ensinamentos ao longo dessa jornada.

E Jesus disse-lhe: Se tu podes crer, tudo é possível ao que crê.
Marcos 9:23

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é importante aliada no conhecimento dos profissionais que integram as equipes de Atenção Básica, sendo uma ferramenta de grande relevância para melhorar o processo de trabalho das equipes. O objetivo do estudo é analisar a percepção de profissionais da Atenção Básica do município de Sousa/PB sobre Educação Permanente em Saúde para elaboração de Plano de Ação. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, com natureza descritiva e participativa com o desenho da pesquisa-ação. Os participantes foram coordenadores e profissionais da Atenção Básica do município de Sousa/PB. O procedimento de coleta de dados obedeceu a quatro etapas e os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo segundo Bardin. Os resultados apontam que a EPS ainda precisa ser compreendida e fortalecida, de modo que possa se fazer presente de forma efetiva no cotidiano das equipes. Isso se deve ao fato de que existia uma compreensão de conceitos e práticas que envolvem a EPS por parte dos atores envolvidos, ainda distantes do que é proposto pela Política Nacional de Educação Permanente. Assim, é importante ressaltar que existe a necessidade de implantar mecanismos e estratégias de articulação que possam favorecer o fortalecimento da EPS, em todas as equipes da Atenção Básica. O produto do mestrado foi um Plano de Ação para o fortalecimento da Educação Permanente no município de Souza/PB, como uma ferramenta pertinente para esse fim, cuja execução pode impulsionar o cumprimento da Política Nacional de Educação Permanente em saúde (PNES). Sugere-se a promoção de espaços e encontros entre os profissionais de todos os níveis de assistência a fim de que possam fortalecer essa abordagem para a transformação das práticas profissionais dentro dos seus territórios.

Palavras-chave: Educação Permanente; Estratégia Saúde da Família; Profissionais da saúde.

ABSTRACT

Permanent Health Education (PHE) is an important ally in the knowledge of the professionals who are part of the Primary Care teams, being a tool of great encouragement to improve the work process of the teams. The objective of the study is to analyze the perception of Primary Care professionals in the municipality of Sousa/PB on Permanent Health Education for the elaboration of an Action Plan. This is a research with a qualitative approach, with a descriptive and participatory nature with the design of action research. The participants were coordinators and professionals of Primary Care in the municipality of Sousa/PB. The data collection procedure followed four steps and the data were analyzed using content analysis according to Bardin. The results indicate that PHE still needs to be understood and strengthened, so that it can be effectively present in the teams' daily lives. This is due to the fact that there was an understanding of concepts and practices involving EPS by the actors involved, still far from what is proposed by the National Policy on Permanent Education. Thus, it is important to emphasize that there is a need for leveraging and articulation strategies that can favor the strengthening of PHE, in all Primary Care teams. The product of the master's degree was an Action Plan to strengthen Permanent Education in the municipality of Souza/PB, as a relevant tool for this purpose, whose execution can follow the fulfillment of the National Policy on Permanent Education in Health (NPPEH). It is suggested to promote spaces and meetings between professionals at all levels of care so that they can strengthen this approach for the transformation of professional practices within their territories.

Keywords: Continuing Education; Family Health Strategy; Health professionals.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência das UR para cada subcategoria empírica, referentes a categoria teórica 1	39
Tabela 2 – Frequência das UR para cada subcategoria empírica, referentes a categoria teórica 2	40
Tabela 3 – Frequência das UR para cada subcategoria empírica, referentes a categoria teórica 3	41
Tabela 4 – Frequência das UR para cada subcategoria empírica, referentes a categoria teórica 4	43
Tabela 5 – Categorias teóricas e respectivo grau de concordância	45
Tabela 6 – Frequência das UR para cada subcategoria empírica, referentes a categoria teórica 1	46
Tabela 7 – Frequência das UR para cada subcategoria empírica, referentes a categoria teórica 2	48
Tabela 8 – Frequência das UR para cada subcategoria empírica, referentes a categoria teórica 3	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição do quantitativo de equipes por coordenador	28
Quadro 2 – Distribuição dos profissionais das equipes	37
Quadro 3 – Perfil dos participantes	37
Quadro 4 – Matriz de <i>SWOT</i> (FOFA) – Fase Diagnóstica	54
Quadro 5 – Problema 1	58
Quadro 6 – Problema 2	59
Quadro 7 – Problema 3	60
Quadro 8 – Problema 4	61

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Análise de Conteúdo
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição da República Federativa do Brasil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MPSF	Mestrado Profissional em Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SB	Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UR	Unidades de Registos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
3.1 Atenção Primária à Saúde	16
3.2 Educação Permanente em Saúde	20
3.3 Processo de trabalho em Saúde	23
4. CAMINHO METODOLÓGICO	26
4.1 Tipo de estudo.....	26
4.2 Campo de estudo	27
4.4 Métodos de coleta de dados.....	29
4.5 Análise de dados.....	34
4.5 Considerações éticas.....	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
5.1 Caracterização do território e das equipes.....	36
5.2 Perfil dos participantes.....	37
5.3 Grupo focal com coordenadores – 1ª etapa.....	38
5.4 Grupo focal com profissionais das equipes – 2ª Etapa.....	44
5.5 Análise imbricada da Categorias e subcategorias.....	52
5.6 Aplicação da Matriz FOFA (SWOT) – Etapa 3.....	52
5.7 Plano de ação para fortalecimento da Educação Permanente em Saúde na AB.....	56
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
APÊNDICE A.....	74
APÊNDICE B.....	77
APÊNDICE C.....	80
ANEXO A	82
ANEXO B	84

1. INTRODUÇÃO

Na década de 1980, a Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) voltaram seus interesses para Educação Permanente em Saúde (EPS), dando início a um conjunto de discussões para a implementação de propostas de EPS, como prioridade e foco na formação em serviço, trazendo a ideia-força de serviços-escola nos serviços de saúde. A partir desse marco foram criados grupos de trabalho na perspectiva de formular arcabouço conceitual e metodológico, com propósitos e orientações para organizar programas e políticas de EPS dirigidas aos países latino-americanos (FERRAZ et al., 2012).

Nas décadas seguintes (1990-2010), alguns países da América Latina, como Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Cuba, México, República Dominicana e Peru, focaram na estruturação e desenvolvimento de programas e políticas voltados para a qualificação de Recursos Humanos em Saúde (RHS) considerando os pressupostos estabelecidos e com o suporte de financiamento de organismos internacionais (OPS, 2002; LOPES et al, 2007; ARIAS et al, 2008).

Nesse período, o Brasil vivia o Movimento da Reforma Sanitária cuja imagem-horizonte era construir, junto com a sociedade brasileira, um novo modelo de atenção à saúde, com direção única em cada esfera de governo, para atender a princípios doutrinários (universalidade, equidade, integralidade) e organizativos (descentralização, hierarquização, regionalização e controle social) como forma de assegurar o acesso à serviços e aos cuidados de saúde como direitos de cidadania. Para o alcance das mudanças apontadas, explicitava a necessidade de formação dos trabalhadores do setor, articulada ao modelo de gestão e ao trabalho (FERRAZ et al., 2012).

Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 pela Constituição da República Federativa do Brasil (CF) e sua regulamentação por meio das leis n. 8.080 e n.8142 de 1990, foram dadas as direções necessárias para organização articulada de serviços e ações de saúde nas esferas federal, estadual e municipal. Para a estruturação e consolidação do SUS, outras regulamentações infraconstitucionais foram sendo criadas, em cada momento e contexto histórico-político nacional, para atender às demandas estruturais e organizativas do sistema

de saúde, às necessidades da população brasileira, e para o enfrentamento dos problemas de saúde de cada território singular (GONDIM, 2011).

Nesse sentido, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela portaria nº 198 GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, representa um marco para a formação e trabalho em saúde no Brasil, sendo resultado de lutas e esforços promovidos pelos que defendem o tema da educação dos profissionais de saúde, como forma de promover a transformação das práticas do trabalho em saúde (BRASIL, 2018).

A EPS é concebida como instrumento de ação e pode efetuar transformações significativas nos profissionais de saúde, tornando-os profundos conhecedores de seus territórios de atuação, conseqüentemente modificando seus processos de trabalho. Em face à multiplicidade de cenários e a heterogeneidade territorial do país, foi necessário situar a formação de RHC dentro do marco da descentralização e da regionalização, ajustando propostas e programas de qualificação para os trabalhadores da saúde, consoante com cada espaço local do SUS (LOPES, et al, 2007; ARIAS et al, 2008).

Destaca-se que a atuação dos profissionais de saúde perpassa vários cenários, sendo necessário incentivos permanentes que os capacitem para atuar de maneira comprometida e com responsabilidade sanitária e ético-política, de modo a cumprir com a integralidade e a segurança do cuidado ao realizar suas atribuições, ampliando o conhecimento para além da graduação (FALKENBERG et al., 2014). Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é importante aliada nesse processo, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano dos profissionais, tendo como referência as necessidades de saúde da população, culminando na transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturadas a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2017a).

Essas afirmações convergem para uma direção única, estando relacionadas à atualização permanente dos trabalhadores de saúde, para alcançar maior êxito no desempenho de suas atividades junto à população. Silva et al (2015), corroboram a necessidade de educação no ambiente dos trabalhadores da área da saúde, o que se justifica pelo acelerado crescimento dos espaços de trabalho.

Desse modo, é importante considerar a necessidade da sensibilização de gestores e profissionais para assumirem a Educação Permanente como ação inerente ao processo de trabalho em saúde e não dissociada da atenção à saúde. Ressalta-

se também que a EPS possui caráter subjetivo do trabalho onde a produção dos resultados reflete não apenas na prática profissional, mas na qualidade de vida do sujeito e contribui para um modelo de educação metodologicamente ativo (SILVA e SOUZA, 2015; JÚNIOR e MOREIRA, 2017). A EPS deve ser fortalecida continuamente, precisa ser pensada como um desenvolvimento humano, sendo essencial para tomada de decisão para modificar as realidades frente aos desafios do setor saúde (MACEDO et al, 2019).

Nesse sentido, para produzir mudanças no cuidado, gestão e atenção, é fundamental que todos os atores envolvidos sejam capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizando-as em suas equipes e vivências. Dessa forma, é possível produzir alternativas no processo de trabalho para enfrentar os desafios e transformar a realidade (CECCIM, 2005).

As equipes da Atenção Básica (AB) do município de Sousa/PB ainda possuem dificuldade em vivenciar em seu cotidiano um processo sistemático de Educação Permanente que subsidie a reflexão-ação-reflexão dos profissionais sobre os problemas e necessidades de saúde e as intervenções necessárias ao seu enfrentamento, seja no dia-a-dia das práticas, seja em momentos emergenciais, quanto exige ampliar conhecimentos diante de eventos inusitados com características pouco conhecidas.

A AB do município desenvolve atividades e serviços que são ofertadas de acordo com os programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), equipes de Saúde Bucal (SB) e as equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Os profissionais que compõem as equipes possuem vínculo efetivo e alguns profissionais contrato temporário. Para um maior desempenho das ações, é interessante que a EPS faça parte do cotidiano desses profissionais a fim de desenvolver as atividades de forma efetiva.

Desse modo, tendo em vista a relevância do que foi exposto e motivada pela realidade de atuação, na qual durante a trajetória como nutricionista e servidora pública, atuando na Atenção Básica do município de Sousa há seis anos, percebo a dificuldade de implementar a EPS no processo de trabalho das equipes, levando a buscar respostas para as seguintes questões de pesquisa: Qual a percepção dos profissionais sobre Educação Permanente? Quais as práticas de Educação

Permanente os profissionais conseguem identificar? Quais facilidades e dificuldades são identificadas para fortalecer a EPS nas equipes da saúde na AB?

A Educação Permanente em saúde é uma ferramenta potente para que os profissionais desenvolvam uma postura crítico-reflexiva em seu cotidiano de trabalho, diante das situações vivenciadas em suas equipes.

Nesse cenário, esse trabalho torna-se relevante pois irá fornecer elementos teóricos e práticos importantes, que servirão para fortalecer a educação permanente no processo de trabalho das equipes da Atenção Básica do município de Sousa/PB. Este se constitui um estudo inserido na linha de pesquisa Educação na Saúde, do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o conhecimento e a prática de profissionais da Atenção Básica do município de Sousa/PB sobre Educação Permanente em Saúde para elaboração de Plano de Ação.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever os conhecimentos teórico-práticos dos profissionais quanto à Educação Permanente;
- Identificar experiências de EPS desenvolvidas no cotidiano das equipes;
- Destacar potencialidades e dificuldades da EPS na Atenção Básica;
- Elaborar Plano de Ação para fortalecer a EPS nas Equipes da AB.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Atenção Primária à Saúde

No âmbito internacional entende-se Atenção Primária à Saúde (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde capaz de responder à maior parte dos problemas e das necessidades de saúde de territórios de forma, regionalizada, contínua e sistematizada, com a integração de ações preventivas e curativas, voltadas para indivíduos e coletividade. Esse enunciado sintetiza diversas concepções, denominações, propostas e experiências que foram cunhadas ao longo do tempo como APS (MATTA, MOROSINI, 2008).

Originalmente e pela primeira vez no início do século XX, uma proposição de APS foi desenhada em um Relatório elaborado pelo médico inglês Dawson, em 1920, como estratégia para organizar sistemas de saúde em territórios. Esse documento marcou diferenças centrais entre o modelo de atenção americano “flexineriano”- curativista, biologicista, focado na atenção individual, e também, tornou-se referência para a organização do modelo de atenção inglês, cujas autoridades voltavam-se para análise dos custos elevados relacionados à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (MATTA, MOROSINI, 2008).

Esse modelo de organização da atenção, foi difundido tanto em países centrais europeus, quanto em países periféricos da América Latina, cuja operacionalização ocorreu, e ainda hoje pode ser observada, em cada tempo e lugar, de acordo com os contextos econômicos, políticos e culturais, e os diferentes atores sociais implicados (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA, 2017).

O relatório Dawson propunha outra organização para o sistema de saúde, a partir de Centros de saúde de primeiro nível com capacidade para resolver grande parte dos problemas de saúde da população, configurando-se como porta de entrada e centralidade do sistema, com apoio sistemático de unidades de saúde de nível secundários e hospitais de ensino (MINISTRY OF HEALTH, 1920). Este documento serviu de base para a criação do Sistema Nacional de Saúde inglês destacando diretrizes estruturantes, que até os dias atuais, orientam a organização de sistemas de saúde centrados na APS, como a descentralização e a hierarquização dos serviços

de saúde, a atenção de primeiro contato, e a regionalização orientada em base território-população (GIOVANELLA, 2008).

Desse modo, a APS como proposta de mudança do modelo assistencial constitui-se como contato inicial do usuário, com oferta de cuidado e atenção à saúde centrados no sujeito, de modo a resolver problemas e satisfazer necessidades de saúde, e com atributos essenciais de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. A APS aborda os problemas mais comuns do território e é a responsável por coordenar os cuidados em outros níveis de atenção. (STARFIELD, 2002).

A integração da APS com os demais níveis de complexidade é uma característica essencial da APS. Esta integração é indispensável para que se alcance uma APS resolutiva já que a saúde é indissociável do desenvolvimento socioeconômico e requer ações voltadas para os problemas da comunidade que exigem uma articulação intersetorial para o enfrentamento (HEIMANN et al, 2011).

No Brasil, a APS ganha força no âmbito das políticas de saúde, com o movimento de reforma sanitária iniciado nos 1970, que buscou construir novo modelo de atenção capaz de explicar e responder às mudanças no processo saúde-doença-cuidado, conseqüentemente, criar novos arranjos organizativos na rede de serviços de saúde. Esse cenário apontava a possibilidade de capilarizar a APS com base no paradigma da determinação social da doença, cujo imperativo era organizar o sistema e os serviços de saúde pautados em problemas e necessidades da população (MENDONÇAS et al, 2008).

A instituição do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal em 1988 e sua regulamentação nos anos 1990, trouxe ao Ministério da Saúde o desafio de rever prioridades em relação à organização da Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica à Saúde como é denominada no país, que passou a ser estruturada por meio da integração entre unidades básicas de saúde (profissionais) e a população (usuários) de território delimitados. Com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 foi possível ampliar a cobertura em saúde, inicialmente voltado para a população em situação de vulnerabilidade social (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) foi a estratégia que efetuou reorientação da APS substituindo propostas tradicionais (focalizadas e restritas) para outra abrangente e integral. A instituição do Piso da Atenção Básica (PAB),

modalidades fixo e variável, incentivou os municípios a aderirem ao Programa de Agentes Comunitários (PACS) articulado ao Programa Saúde da Família (PSF), possibilitando repasse direto de recursos federais para sua manutenção. Em 1998 foi criado o Pacto de Indicadores da AB instrumento de negociação de metas intergestores e de avaliação e monitoramento (LEVCOVITZ, MACHADO, 2001).

Em 2002, na perspectiva de reorientação do modelo de atenção, foi criado o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), dirigido aos municípios com mais de 100 mil habitantes, o qual entende e incorpora a saúde da família como uma estratégia potente de ser implementada tanto em municípios pequenos e áreas rurais, mas também em cidades de grande porte (FONSECA, MENDONÇA, 2014).

A agenda política de fortalecimento da APS por meio da ESF teve seguimento, e em 2006 tornou-se uma das dimensões prioritárias do Pacto pela Vida. No mesmo ano, a portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, caracterizando-a como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A Atenção Básica (AB) tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL 2006b).

Em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) passa por sua primeira revisão, culminando na publicação da portaria nº 2.488 de outubro de 2011. Esta portaria 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). Essa publicação trouxe também a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), criado com o objetivo ampliar o acesso e a qualidade do cuidado, através de monitoramento e avaliação da atenção básica, atrelado a um incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem ao programa.

A atual PNAB, publicada conforme a portaria nº2.436 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Essa mudança, nasce em um cenário de crise política e econômica do Brasil, que vem incidindo intensamente sobre as políticas sociais. Seus dispositivos, impedem ou condicionam mudanças

como a diminuição dos ACS e a mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal (MELO et al, 2018). Morosini, Fonseca e Lima (2018), afirmam que:

Em um breve inventário, destacam-se alguns mecanismos da nova política que promovem a relativização da cobertura universal, a definição de padrões distintos de serviços, a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho na AB, entre outras mudanças importantes, que também devem ser consideradas. A revisão empreendida atinge principalmente as conquistas alcançadas pela ESF e os processos em curso, que pavimentam caminhos para se concretizar uma APS forte, parte fundamental de redes de atenção em um sistema universal de atenção integral à saúde (p. 22).

Conforme a PNAB (2011; 2017), a equipe de Saúde da Família é a estratégia prioritária de atenção à saúde, sendo considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades.

A ESF favorece a universalização dos cuidados primários agregando princípios fundamentais para uma atenção básica abrangente, como a valorização da equidade e da integralidade da atenção. Desenvolve um trabalho multidisciplinar com enfoque familiar, que valoriza o acolhimento, o vínculo, a humanização e a orientação comunitária (ARANTES et al, 2016). Por isso, é necessário investir na construção de novos saberes na formação dos profissionais da ESF que sejam compatíveis com a realidade e necessidade da população (BARBOSA et al, 2016).

Na perspectiva de ampliar a oferta de serviços e fortalecer a AB, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado pelo Ministério da Saúde. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2011; 2017) o NASF-AB constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. Podendo ser formada por diferentes profissões e especialidades da área da saúde, e atuam de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

A educação permanente é presente no contexto do NASF-AB uma vez que faz parte do cotidiano do processo de trabalho, favorecendo a dimensão interprofissional inerente à atuação das equipes (VENDRUSCOLO, 2020).

A dimensão interprofissional torna-se relevante já que o trabalho em saúde necessita que o profissional tenha um olhar que transcenda as atribuições individuais da sua profissão, valorizando o trabalho cooperativo em ações direcionadas à população (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018). A atuação interprofissional nas equipes aponta para uma perspectiva que segundo Peduzzi et al (2020) favorece a superação do trabalho fragmentado e individualizado, além da reconstituição do trabalho coletivo integral em saúde o que resulta em uma melhor qualidade da atenção à saúde.

Na atualidade, é importante destacar os desafios a serem enfrentados pela APS e demais políticas de saúde, em face ao contexto brasileiro dos últimos seis anos, que trouxe graves ameaças ao SUS e à atenção básica consequência de um governo ilegítimo e ultra neoliberal, com foco em política de ajuste fiscal que confronta os direitos sociais (GIOVANELLA, 2017).

Embora reconhecidos os avanços no Sistema Único de Saúde (SUS) com a implementação da atenção básica, com impactos positivos no acesso, na redução de desigualdades e na melhoria da situação de saúde da população, alerta-se para a gravidade das ameaças impostas desde 2016, com o estabelecimento do teto de gastos para saúde com congelamento e despesas por vinte anos (somente reajustadas pela inflação), perdas aumentadas de recursos para o SUS e agravamento do subfinanciamento, com pressão crescente sobre municípios (GIOVANELLA, 2017).

As consequências desse cenário catastrófico para o SUS, aliadas aos efeitos da pandemia de 2020-2022 ainda não foram totalmente dimensionadas, porém, fica evidente a necessidade e urgência de retomar os pressupostos da APS/ABS, ao tempo em que se reconstruam as bases ético-políticas do país.

3.2 Educação Permanente em Saúde

Historicamente a formação profissional na América Latina foi estruturada de forma inadequada, focada principalmente na aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas, dirigidas para o mercado de trabalho e o setor produtivo, sem

inclusão de saberes, valores e compromisso com as dimensões éticas, políticas e sociais. A expressão educação permanente foi usada pela primeira vez, oficialmente, no Congresso Mundial de Educação de Adultos em 1960, no âmbito da UNESCO na cidade de Montreal, Canadá, em seguida foi incorporado aos países subdesenvolvidos, para suprir a lacuna referente às práticas pedagógicas crítico-reflexivo pouco presentes nos processos formativos (UNESCO, 1998; GUIMARÃES, MARTIN, RABELO, 2010).

No Brasil, o campo da saúde incorporou o conceito de Educação Permanente na década de 1980, por meio do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o qual tinha a perspectiva de construir novo referencial pedagógico, capaz de incluir trabalhadores no processo produtivo da saúde, voltado para melhoria da qualidade dos processos de trabalho. A centralidade era articular a aprendizagem ao trabalho, com vistas a mudanças nas práticas de saúde. Uma proposta ético-político-pedagógica, cujo objetivo era transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços em uma perspectiva intersetorial (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela portaria nº 198 GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, representa um marco para a formação e trabalho em saúde no País. É um resultado de lutas e esforços promovidos pelos que defendem o tema da educação dos profissionais de saúde, como forma de promover a transformação das práticas do trabalho em saúde (BRASIL, 2018). O cuidado em saúde é dinâmico e, à medida que os profissionais de saúde constroem dispositivos de reflexão sobre as práticas que envolvem o cotidiano das equipes, há possibilidades de mudanças na construção do saber/fazer (SOUSA et al., 2020).

A EPS pode ser entendida como aprendizagem-trabalho e deve ser considerada como uma estratégia inerente ao processo de trabalho em saúde, reconhecendo que se faz necessária a promoção de iniciativas que possam fortalecer essa abordagem para a transformação das práticas profissionais, e as tornem vivas nos territórios (BRASIL, 2017). Vale ressaltar que a EPS não pode ser vista apenas como estratégia para remodelar o processo de trabalho, com a realização de cursos ou ações educacionais pontuais, restrita a momentos formais instituídos (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017). É necessário que a EPS seja vista como um componente da

gestão do trabalho que pode ser consolidada nos espaços coletivos de discussão. Seus processos são fundamentados em práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, priorizando os problemas cotidianos das equipes em busca da transformação das práticas vivenciadas, resultando em mudanças organizacional, nas relações entre os sujeitos e na compreensão do processo de trabalho (SANTOS et al., 2015).

Para Ceccim (2005, p.162) o que é central na EPS

(...) é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção).

Existem várias formas de praticar a EPS, podendo ser realizada através de capacitações, reuniões de equipe, matriciamento, rodas de conversa e fóruns de serviços. Esses espaços são oportunos para que saberes e práticas dialoguem, culminando em uma construção coletiva de aprendizado (LEITE; ROCHA, 2017).

No estudo de Soares et al. (2018), que retrata a experiência da residência em Medicina de Família e Comunidade, uma parceria entre a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa – PB, foi possível perceber que a presença de vários residentes em uma mesma eSF juntamente com o preceptor, potencializou o processo de educação permanente de junto às equipes, favorecendo um trabalho mais integrado entre a equipe.

Cardoso (2012) traz em seu estudo as rodas de educação permanente como sendo um importante espaço de discussão do processo de trabalho das equipes de saúde da atenção básica. Ressalta ainda que nesses momentos, os servidores passam a se conscientizar mais das questões da gestão e a participar da tomada de decisões locais, consolidando assim um importante dispositivo de cogestão.

É importante ressaltar a constante utilização da educação continuada como sendo sinônimo da EPS, nesse sentido, Peixoto et al. (2013), reforça que a educação continuada se diferencia da EPS, uma vez que a educação continuada enfatiza a perspectiva de treinamentos e cursos, reforça a reprodução de abordagens convencionais, é realizada como extensão do modelo escolar e acadêmico. Por isso, é importante que os profissionais tenham compreensão da definição de ambas.

Ademais, a EPS requer que seus atores se sintam convocados à criação, à abertura e ao coletivo. Desse modo é possível uma construção de alianças e o fortalecimento do caminhar na diversidade. Através de investimento nessa perspectiva, é possível construir espaços dinâmicos e sensíveis na produção da saúde (CECCIM, 2008).

3.3 Processo de trabalho em Saúde

Vários estudos na América latina e no Brasil utilizam a categoria analítica trabalho, ancorada na abordagem materialista histórico-dialética (MARX, 1994), para investigar o trabalho no campo da saúde e a conformação dos elementos constituintes do processo de trabalho (objeto, instrumentos e agentes), onde os profissionais de saúde são situados como sujeitos do processo de trabalho, que pressupõe autonomia técnica e responsabilidade ético-política concebidas como esferas de liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários. As categorias trabalho e processo de trabalho foram incorporadas ao campo da saúde coletiva, em seu *corpus* teórico-prático, a partir dos anos 1970, resultante de estudos pioneiros de pesquisadores. (PEDUZZI, 2001, 2011).

Donnangelo (1975) e Donnangelo e Pereira (1976) estudaram, respectivamente, a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social, agregando abordagens das ciências sociais. Outros estudos se consolidaram, apoiados nas contribuições clássicas de Marx, como os de Mendes Gonçalves, Schraiber, Merhy, dentre outros, os quais incorporaram a ideia de que o homem, em seu processo de trabalho, realiza transformações no objeto do trabalho sobre o qual atua, utilizando instrumentos e técnicas para obter produtos, e ao mesmo tempo, essa transformação o modifica, por ter uma finalidade na qual está implicado (PEDUZZI, SCHRAIBER, 2009; PEDUZZI, 2011).

Esse conjunto de conhecimentos inovadores demonstram que o processo de trabalho em saúde é constituído de três elementos centrais: os objetos de trabalho, como componentes técnico-sociais que atendem a necessidades de saúde, sobre os quais diferentes profissionais de saúde desenvolvem suas ações, por meio de técnicas, e instrumentos materiais e imateriais. Desse modo, o processo de trabalho integra cada processo específico de cada área que compõe o campo da saúde, onde cada uma delas institui, histórica e socialmente, seus objetos de intervenção,

técnicas, instrumentos – em particular os saberes –, agentes e finalidades próprias (PEDUZZI, 2011, p.633)

Nos anos 1990, os estudos de AYRES (2001) na saúde coletiva e os de ALMEIDA; MISHIMA; PEDUZZI (1999) na enfermagem aprofundam a dimensão subjetiva e intersubjetiva do/no trabalho, onde foi possível compreender “aspectos dinâmicos e relacionais do trabalho em saúde, necessários para pensá-lo não apenas como estrutura de socialidade, mas como prática social (Ayres, 2002, p. 15)”. Nesse momento, fica explicitado a nítida articulação entre a categoria marxiana processo de trabalho e a teoria do agir comunicativo de Habermas (2012).

Nessa perspectiva, o trabalho é compreendido como ação racional teleológica, que engloba tanto a ação instrumental quanto a ação estratégica onde, a primeira pauta-se nas regras técnicas, e a segunda, em valores que influenciam na definição de uma situação específica ou em tomada de decisão referida ao outro. Esses dois tipos de ação, quando articuladas (instrumental e estratégica) no processo de trabalho, podem indicar êxito na obtenção de resultados (PEDUZZI, 2001; 2011).

Mendes Gonçalves (1995, p. 22) ao referir-se ao agir comunicativo no/do trabalho destaca a importância criativa dessa abordagem teórico-prática, na medida em que une e articula, a dimensão comunicativa de qualquer ação que promova processos emancipatórios, por meio da compreensão racional do valor histórico e força criativa do trabalho, às suas múltiplas singularidades em diferentes trabalhos comprometidos com a “reprodução do ser humano em sua dimensão sócio-histórica”, com destaque para o trabalho em saúde (PEDUZZI, 2011).

Nos anos 2000, estudos sobre a natureza do trabalho em saúde, no âmbito dos processos produtivos da sociedade, refletem que as práticas de saúde pública compõem o setor de serviços e integra um conjunto de atividades inseridos em serviços de consumo coletivo. Por isso, estão sujeitas aos impactos das mudanças macroestruturais que, ao longo das últimas décadas, vêm atingindo a economia e diversos setores. Esse processo estrutural pauta-se de um lado, na busca da qualidade/produktividade por meio da redução de custos, privatizações e terceirizações; e de outro, pela necessidade de redefinir processos e serviços, com a introdução de novas formas de organização do trabalho e capacitação dos trabalhadores (DELUIZ, 2001; RAMOS, 2007).

O trabalho em saúde possui especificidades que o torna diferente de outros serviços de consumo coletivo, é: reflexivo pois a tomada decisão requer articulação

de múltiplos e diversificados saberes, articulados à experiência do trabalho e a vivência social que são mediados pela dimensão ético-política; incerto, está condicionado à indeterminação e descontinuidade das demandas, e a necessidade de prontidão para atender a todos os problemas dos usuários. Por isso, não pode ser orientado pela lógica rígida de critérios de produção, o que torna difícil sua normatização e avaliação de produtividade (OFFE 1991, Apud DELUIZ, 2001).

Vale destacar que processo de trabalho em saúde é complexo, heterogêneo e a fragmentado, em decorrência da diversidade de profissões, profissionais, usuário e tecnologias; das relações sociais e interpessoais, das formas de organização do trabalho, dos espaços e ambientes de trabalho. A heterogeneidade é marcada pela diversidade de processos de trabalho que ocorrem, ao mesmo tempo, em várias instituições de saúde, que possuem culturas institucionais diferentes e não se articulam no âmbito do sistema de saúde (QUINTANA; ROSCHKE; RIBEIRO,1994).

Através do trabalho, são produzidos produtos e serviços que atendem a necessidades, demandas, interesses e exigências das sociedades, e ele se inscreve na origem das conquistas, dos benefícios e dos avanços criados e experimentados pela humanidade. Nesse contexto, surgem os diferentes modos de produção, de relações de trabalho, de tipos de trabalho e de trabalhadores. O trabalho em saúde, também se configura nessa perspectiva e possui um leque de finalidades e objetivos para atender as demandas necessárias à produção dos serviços de Saúde (MELO et al, 2017).

O processo de trabalho e a sua transformação relacionam-se com o desenvolvimento humano. A complexidade do processo de trabalho deve ser refletida criticamente e sistematizada, no sentido de que os profissionais desenvolvam habilidades que possam transformar a realidade em que atuam (FARIA, 2009). É interessante, também, que no processo de trabalho das equipes da ESF seja feita a escuta do que esses profissionais de saúde estão construindo de saberes no cotidiano (KRUG, 2010). Acredita-se que para haver qualificação dos processos de trabalho na ESF é necessário que os profissionais da equipe reflitam sobre suas atribuições e redefinam os papéis que cada um desempenha, a fim de incorporar atividades que possam ser desempenhadas em comum e não sobrecarregue o profissional de enfermagem da equipe (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

O trabalho em equipe como ferramenta do processo de trabalho em saúde requer, alguns instrumentos interessantes para o gerenciamento das atividades,

como: construção e consolidação de espaços de troca entre os profissionais; estímulo entre os vínculos profissional-usuário e usuário-serviço; estímulo à autonomia das equipes, consolidando a construção de seus próprios projetos de trabalho (PEDUZZI, 2011).

Tomando como exemplo o processo de trabalho na ESF, este deve ser pautado no compromisso e na resolutividade na produção do cuidado, desse modo, essa configuração requer dos trabalhadores, gestores e usuários uma participação ativa e comprometida e com uma relação harmoniosa (RIOS; NASCIMENTO, 2018).

Nesse sentido, a melhor prática é aquela que contribui para a transformação do processo de trabalho e, por conseguinte, para a qualificação da atenção em saúde. Ela é capaz de acontecer a partir de uma relação dialógica e colaborativa entre os atores envolvidos (SILVA et al, 2020).

4. CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo possui abordagem qualitativa, natureza descritiva e participativa. O desenho é a pesquisa-ação, que conforme Thiollent (2011) é voltada para a descrição de situações reais e concretas vivenciadas pelos atores envolvidos na investigação, onde todos são considerados pesquisadores e desempenham papel ativo na pesquisa.

Ainda de acordo com Thiollent (2011), a pesquisa-ação permite ações transformadoras e de aprendizado, uma vez que possibilita interligar conhecimento e ação, extraindo novos conhecimentos através da busca pelo pesquisador e os atores envolvidos em formular conceitos, coletar informações sobre determinados questionamentos a fim de solucionar problemas.

Tripp (2005) afirma que a pesquisa-ação demanda intervir tanto nas áreas da prática quanto da pesquisa, de modo que, em maior ou menor medida, terá características tanto da prática rotineira quanto da pesquisa científica.

Por ser uma pesquisa qualitativa, a pesquisa-ação confere aos dados obtidos e observados, um caráter descritivo e rico em significados, considerando o contexto no qual a pesquisa é desenvolvida (CORRÊA; CAMPOS; ALMAGRO, 2018).

4.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado no município de Sousa, localizado no sertão do estado da Paraíba. Segundo o IBGE, censo de 2010, o município conta com uma população estimada de 65.803 pessoas, sendo 51.881 residentes na zona urbana e 13.922 residentes na zona rural. Apresenta 66.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 88.5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 3.2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

Ainda segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,668, sendo considerado médio, ocupando a 9ª posição em relação aos demais municípios da Paraíba. A taxa de mortalidade infantil média é de 8,46 óbitos por 1.000 nascidos vivos, considerada menor em relação ao estado da Paraíba que possui uma taxa de mortalidade infantil de 12,68.

No tocante aos serviços de saúde, o município possui uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) regionalizada e hierarquizada, contando com dispositivos de saúde que compõem a AB, média e alta complexidade.

A Atenção básica do município de Sousa/PB, desenvolve ações no âmbito individual e coletivo, contemplando atividades que vão desde a promoção da saúde e prevenção de agravos até a reabilitação. Dentre as equipes que a compõe, tem-se 28 (vinte e oito) equipes de Saúde da Família (eSF), 28 (vinte e oito) equipes de Saúde Bucal (eSB) e 5 (cinco) equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). A AB articula-se com outros pontos da RAS de modo a ofertar os cuidados necessários à população.

Podemos mencionar, também, alguns equipamentos de saúde que ofertam serviços de média complexidade a exemplo da Policlínica Municipal Mirian Gadelha, o Centro de Reabilitação em Fisioterapia, Centro de Especialidades Odontológicas Centro de Atenção Psicossocial, e o Hospital Regional Manoel Gonçalves de Abrantes responsável por ofertar serviços de alta complexidade, dispondo de urgência e emergência, centro cirúrgico, clínica médica e clínica cirúrgica.

De modo geral, em relação aos processos formativos, os profissionais participam de capacitações pontuais que são ofertadas pela secretaria municipal de

saúde, como também os cursos e capacitações ofertadas pelo Ministério da Saúde, conforme necessidade. Este estudo terá como campo de estudo específico as equipes da AB distribuídas no território do município de Souza/PB.

4.3 Participantes

A AB do município conta com 4 (quatro) coordenadores responsáveis por um quantitativo de equipes da ESF, do NASF-AB e das eSB. Essa coordenação colegiada, torna mais fácil o acompanhamento e diálogo com e entre equipes, possibilitando agilização de processos e resolução de problemas.

Os participantes da pesquisa foram os coordenadores da AB e profissionais que compõem as equipes de atenção Básica do município de Sousa/PB. Para a escolha dos profissionais das eSF, foi definida uma amostra não probabilística das eSF por coordenador, sendo feito um sorteio simples para a escolha da eSF e sua respectiva equipe de Saúde Bucal eSB. O quadro 1 apresenta a distribuição do quantitativo de equipes que cada coordenador é responsável:

Quadro 1 - Distribuição do quantitativo de equipes por coordenador

Coordenador	Quantitativo de equipes
Coordenador 1	11 equipes da ESF
Coordenador 2	10 equipes da ESF
Coordenador 3	7 equipes da ESF e 5 equipes de NASF-AB
Coordenador 4	28 equipes de Saúde Bucal

Fonte: Elaboração própria com base no estudo, 2023.

Para participar do sorteio as equipes deveriam obedecer aos seguintes critérios de inclusão: equipes completas; todos os profissionais da equipe inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES); os profissionais deveriam ter um tempo de atuação na equipe de, no mínimo, 12 meses.

O critério de tempo mínimo de 12 meses de inserção nas equipes, atende a necessidade desses atores terem maior conhecimento do processo de trabalho da AB, na vivência da unidade de saúde e no território, de modo a contribuir e se posicionar em todas as etapas da pesquisa. Foram excluídas do sorteio as equipes que não obedecerem aos critérios de inclusão mencionados acima.

Os critérios de exclusão foram: equipes incompletas; não dispor de todos os profissionais das equipes cadastrados no CNES e profissionais na equipe com menos de 12 meses de atuação.

4.4 Métodos de coleta de dados

Importante destacar, que o desenvolvimento do trabalho de campo da pesquisa só foi possível ser realizado no ano de 2022 e 2023, em função da pandemia da Covid-19, que estabeleceu um conjunto de medidas não farmacológicas, dentre elas afastamento social, e restrições relativas ao atendimento na unidade de saúde e o trabalho no território.

Os dados foram coletados após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), mediante parecer consubstanciado de número 5.173.621 e parecer CAAE 53287921.0.0000.5292, sendo a coleta iniciada em 31 de março de 2022, seguindo as etapas descritas a seguir:

1ª etapa: Grupo focal com os coordenadores da AB:

Morgan (1996), define que o grupo focal é uma ferramenta utilizada para a coleta de dados, através da interação do grupo, onde o pesquisador desempenha papel ativo para estimular o grupo gerando uma discussão, fornecendo dados oriundos dessa discussão em grupo.

No primeiro momento, aconteceu o grupo focal com os 4 (quatro) coordenadores da AB, realizado de modo remoto, no dia 31 de março de 2022, por meio da sala de reuniões da plataforma *google meet*, com duração média de três horas. A pesquisadora explicou de forma geral o projeto e todas as etapas e, em seguida, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foi lido para os coordenadores para que estes aceitassem ou não a participarem do estudo.

Esta etapa foi um momento oportuno para o diálogo, tendo sido gravada, mediante consentimento dos participantes e assinatura do termo de consentimento para gravação de voz e/ou registro de imagens (Apêndice C), para posterior análise das falas.

A pesquisadora fez o uso de 03 questões disparadoras, com tempo estimado de 30 minutos para cada uma, onde cada coordenador teve a oportunidade de refletir-agir-refletir sobre elas na interação com seus pares:

- **Questão 1:** No seu entendimento qual o papel da Educação permanente desenvolvida com profissionais das eSF, eSB e NASF?
- **Questão 2:** Quais facilidades e dificuldades vocês identificam para incorporar a EPS na AB?
- **Questão 3:** Quais estratégias vocês apontam para dinamizar a EPS na AB?

Em seguida, aproveitando a oportunidade dos coordenadores estarem todos juntos, foi realizado o sorteio das equipes que compuseram a amostra de profissionais da AB, após aplicação dos critérios de inclusão para definição das equipes. O sorteio foi feito através do site de sorteio de nomes, *livreComment Picker*. As equipes sorteadas estão identificadas, neste estudo, por nomes fictícios para preservar a identidade e identificação dos profissionais e das equipes. Desse modo as equipes sorteadas estão nomeadas como Equipe A (10 profissionais), Equipe B (12 profissionais) e Equipe C (12 profissionais). As equipes do NASF-AB não se enquadraram nos critérios de inclusão definidos como equipes completas e alguns profissionais com menos de doze meses de atuação, sendo excluídas da participação no estudo.

2ª etapa: Grupo focal com os profissionais das equipes da AB:

O grupo focal aconteceu de forma presencial dado que os profissionais da AB já se encontravam em seus locais de trabalho nos serviços de saúde, mesmo no período de pandemia, e também para que os profissionais não precisassem se deslocar de suas unidades e a equipe dispusesse de tempo suficiente para a discussão.

Foi feito convite para todos os membros das 3 (três) eSF, indicando local e dia para realização dos grupos focais, sendo disponibilizadas salas exclusivas para esse momento nas unidades da eSF, juntamente com a equipe de Saúde Bucal, observando todos os cuidados de distanciamento entre cada participante, com uso

de máscara e álcool gel para higienização das mãos. A duração foi de aproximadamente três horas em cada equipe onde o grupo focal aconteceu.

Antes de iniciar os grupos focais, observou-se que os médicos das 3 (três) equipes não compareceram nos dias e locais indicados, ficando entendido o não aceite para participação no estudo.

Inicialmente o projeto foi apresentado aos profissionais das equipes, estes ficaram cientes de todas as etapas que envolviam a pesquisa. Em seguida, aqueles que concordaram em participar assinaram o TCLE (Apêndice B) e seguiram no grupo focal.

Dessa forma, a pesquisadora realizou, ao todo, dois grupos focais, pois apenas duas das três equipes aceitaram participar do estudo, sendo elas:

1) eSF A, tendo sido realizado o grupo focal no dia 18 de maio de 2022 com 3 (três) profissionais (enfermeira, técnico de enfermagem dentista), e

2) e-SF B, cujo o grupo focal aconteceu no dia 20 de maio de 2022 com 5(cinco) profissionais (enfermeira, 3 ACs e odontóloga).

Os profissionais da eSF C, após explanação sobre a pesquisa e leitura do TCLE, resolveu não participar do estudo, não sendo possível dar continuidade ao grupo focal, pois afirmaram não ter tempo disponível diante da grande demanda existente na unidade. Dessa forma, respeitou-se a decisão dos profissionais.

Para mediar a conversa, foram colocadas questões norteadoras para serem respondidas pelos atores envolvidos na pesquisa. Sendo estas:

Questão 1: O que você entende por Educação Permanente?

Questão 2: Como a equipe vivencia a Educação Permanente em seu cotidiano?

Questão 3: Existem dificuldades para que a Educação Permanente seja realizada pela equipe? Se sim, quais dificuldades são encontradas?

Nesta etapa também foi sugerida a gravação para posterior análise das falas, mediante consentimento dos participantes e assinatura do termo de consentimento para gravação de voz e/ou registro de imagens (Apêndice C), porém, apenas na eSF da equipe A, os profissionais consentiram a gravação. Na eSF da equipe B, os participantes preferiam escrever a sua fala em uma folha e em seguida ler, sendo dessa forma, as falas anotadas pela pesquisadora.

3ª etapa: Roda de Conversa com os Profissionais - devolutiva dos resultados dos grupos focais:

Essa etapa foi desenvolvida em Rodas de Conversas por cada equipe da eSF, por meio do envio de 02 documentos no formato *google forms*, elaborados após as etapas anteriores, para que os participantes analisassem os resultados e pudessem sugerir ajustes. Os formulários analisados serviram de base para a análise dos dados e elaboração do Plano de Ação. As planilhas utilizadas foram as seguintes:

- 1) planilha com a matriz de *SWOT* (FOFA) para descrever elementos relacionados a forças, oportunidades, fraquezas e ameaças.

Tavares (2008), afirma que a matriz de *SWOT* trata-se de uma ferramenta estrutural da administração que objetiva avaliar os ambientes interno e externo para subsidiar a definição de estratégias. O termo *SWOT* é um acrônimo das palavras “strengths (forças)”, “weaknesses (fraquezas)”, “opportunities (oportunidades)” e “threats (ameaças)”, em português, é conhecida como FOFA.

Nessa perspectiva, a pesquisadora construiu uma única planilha com a matriz FOFA, distribuindo nos principais elementos as falas sínteses retiradas das discussões sobre Educação Permanente em Saúde nos grupos focais.

Com base na planilha compartilhada cada profissional pode manifestar a sua intenção em relação ao diagnóstico relativos às Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças, assinalando as seguintes opções baseada em escala Likert (1932) para cada elemento: Concordo totalmente; concordo; não concordo nem discordo; discordo; discordo totalmente.

- 2) planilha com categorias analíticas relacionadas a concepção de EPS e seu uso no cotidiano da ESF.

As categorias foram estabelecidas associadas ao referencial teórico, os objetivos e às questões norteadoras do grupo focal, sendo obtidas, dessa forma, três categorias:

Categoria 1: Entendimento dos profissionais sobre Educação Permanente em Saúde.

Categoria 2: Vivência da Educação Permanente em Saúde pela equipe.

Categoria 3: Dificuldades encontradas para a realização da Educação Permanente em Saúde pela equipe.

Esta planilha, também foi compartilhada com os profissionais através de um formulário do *google forms*, de modo que manifestassem a sua compreensão e adesão em relação as categorias, sendo possível assinalar as seguintes opções para cada categoria proposta, também por meio de escala Likert com 5 (cinco) critérios: concordo totalmente; concordo; não concordo nem discordo; discordo; discordo totalmente para mensuração do percentual de concordância. Ao final, o profissional, poderia sugerir alguma categoria que achasse pertinente, existindo um campo aberto, no formulário, para esta finalidade.

Esta etapa teve início em 17 de agosto de 2022 e sendo encerrada no dia 05 de setembro de 2022, tendo sido os dois formulários respondidos por todos os 8 (oito) profissionais.

4ª etapa: Oficina para proposição de Plano de Ação para Fortalecer a EP

Nesta etapa, os atores envolvidos foram reunidos presencialmente, para apreciação da proposta do Plano de Ação para fortalecimento das práticas de Educação Permanente no município. O momento aconteceu no dia 16 de fevereiro de 2023 através da sala de reuniões da plataforma *google meet* e teve duração média de 90 minutos. O Plano utilizou a metodologia 5w2h (RIBEIRO, 2016; CHIAVENATO, 2014), empregada tanto para a gestão de projetos como para elaboração de planos de ação. A sigla corresponde a 7 perguntas que compõem o *framework*:

- **What (o que será feito?):** objetivos e metas;
- **Why (por que será feito?):** explicação dos benefícios/resultados;
- **Where (onde será feito?):** locais onde as ações serão feitas para atingir os objetivos do plano;
- **When (quando será feito e qual é o prazo?):** definir o cronograma de execução do plano com datas de entrega das ações.
-
- **Who (quem são as pessoas envolvidas?):** responsabilidades de cada pessoa ou setor no desenvolvimento do plano/ações.
- **How (como será feito?):** estratégias, métodos e ferramentas utilizadas para a execução das ações com passo a passo do que será feito.

- **How much (quanto vai custar?):** envolve avaliar os custos de execução do plano e sua viabilidade financeira

A proposta do Plano de Ação seguiu as orientações da Matriz 5W2H e foi sistematizada pela pesquisadora a partir da Planilha FOFA, onde Fraquezas e Ameaças forma transformadas em problemas, em seguida, discutidos na oficina com os participantes para sua finalização após as considerações e sugestões. Destacamos, que o Plano de Ação só será entregue à coordenação da AB, após a defesa da dissertação, incorporando possíveis contribuições da banca, para subsidiar as atividades de EP como forma de fortalecê-la junto às equipes.

É importante ressaltar, algumas limitações na coleta de dados: (1) A não participação dos profissionais médicos, que poderiam ter emitido opiniões e percepções diferentes sobre EPS; (2) Os profissionais participantes se mostraram cansados e sobrecarregados com as demandas, em virtude das etapas terem acontecido ainda no período pandêmico, onde o contexto se caracterizava por uma demanda exaustiva de combate à COVID-19, vacinação e demais atividades que compunham a agenda semanal das equipes, e (2) a pesquisadora precisou entrar de licença do vínculo do município campo do estudo, dificultando a comunicação com os serviços de ABS, o que exigiu adaptações.

4.5 Análise de dados

Para organização e análise dos dados coletados pelas falas dos participantes, foi utilizada a Análise de Conteúdo (AC) temática proposta por Bardin (1977), obedecendo às três etapas designadas pela autora: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pesquisadora não utilizou nenhum software específico para esse fim, realizando toda a análise manualmente, seguindo as orientações do método.

Na primeira etapa, pré-análise, compreende a organização do material a ser analisado, bem como a sistematização das ideias iniciais. A exploração do material é a segunda etapa, onde acontece a codificação do material, a definição de categorias de análise e a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. A terceira e última etapa dispõe sobre o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Esta é a etapa onde ocorre a condensação e o destaque das

informações para análise e que resulta nas interpretações inferenciais (BARDIN, 2011).

As falas provenientes das discussões dos grupos focais foram transcritas e digitadas no programa Microsoft Word versão 2016. A AC foi aplicada em todas as etapas onde as falas se fizerem presentes, e em seguida a pesquisadora realizou a análise imbricada das mesmas.

Desse modo, na fase de pré-análise foi realizada uma leitura flutuante dos dados transcritos; na exploração do material foi feita a seleção das falas obtidas dos sujeitos por meio de leituras intensiva e acurada permitindo a organização das categorias. Após esse momento, foi realizada a interpretação dos dados e tratamento dos resultados de acordo com os objetivos iniciais, sendo construído sob a luz do referencial teórico existente relacionados ao tema do estudo.

Para melhor compreensão, os resultados foram organizados em tabelas resumos, por categorias e subcategorias, advindas do referencial teórico (categorias teóricas) e dos resultados (categorias empíricas ou subcategorias).

4.5 Considerações éticas

A pesquisa foi desenvolvida respeitando as diretrizes estabelecidas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe acerca das condutas éticas a serem realizadas com pesquisas que envolvem seres humanos.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Recebeu aprovação em 17 de dezembro de 2021, mediante parecer consubstanciado de número 5.173.621 e parecer CAAE 53287921.0.0000.5292. Possuiu financiamento próprio e não houve conflitos de interesse envolvidos.

A coleta de dados foi iniciada, mediante assinatura do (TCLE) pelos participantes da pesquisa. Ressalta-se que foi garantido o anonimato dos participantes, como também, assegurado o direito de os profissionais participarem ou não da pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização do território e das equipes

As equipes participantes da pesquisa, foram identificadas como sendo “Equipe A” e “Equipe B”. Nesse sentido, a fim de caracterizar melhor as equipes, e o território a que pertencem, foi possível consultar o E-SUS território para conhecer algumas informações referentes a cada uma das equipes.

A equipe A, atua na zona urbana, possui com 568 famílias, sendo 3 famílias localizadas na zona rural, 538 na zona urbana e 27 não informado. Ao todo conta com 1427 cidadãos. A área possui 568 imóveis. A renda média das famílias é de um salário mínimo. A equipe possui ao todo 10 profissionais, destes, três aceitaram o convite para participar do estudo: 1 (uma) enfermeira, 1 (uma) cirurgiã dentista e 1 (uma) técnica em enfermagem. Vale ressaltar que o convite para participar o estudo se estendeu a todos os profissionais da equipe, porém, apenas estes, citados, aceitaram o convite para conhecer o estudo e consentir a participação neste. Desde modo, justifica-se a ausência de profissionais na pesquisa, como o profissional médico, que embora faça parte da equipe multiprofissional mínima da ESF, não teve interesse na participação no estudo.

A equipe B, atua na área urbana, possui 828 famílias, contando com 2457 cidadãos, e 999 imóveis. A renda média das famílias é de um salário mínimo. A equipe é formada por 12 profissionais, destes, cinco aceitaram participaram do grupo focal e dar consentiram participar do estudo, sendo estes: 1 (uma) enfermeira, 1 (uma) cirurgiã dentista e 3 (três) ACS. Nesta equipe, como na anterior, também não houve a presença de todos os profissionais, que integram a equipe multiprofissional, sendo o caso do profissional médico, por também não ter demonstrado interesse na participação do estudo.

Para melhor compreensão, segue o quadro 2 com os profissionais das equipes da AB que aceitaram participar do estudo.

Quadro 2 - Distribuição dos profissionais das equipes

Formação profissional	Equipes da AB		Total
	EQUIPE A	EQUIPE B	
ACS	0	3	3
Enfermeira	1	1	2
Odontóloga	1	1	2
Técnico em enfermagem	1	0	1

Fonte: Elaboração própria com base no estudo, 2023.

5.2 Perfil dos participantes

Para melhor conhecer o perfil dos profissionais participantes da pesquisa, no quadro 3, é possível visualizar algumas informações que traçam o perfil dos atores envolvidos.

Quadro 3 – Perfil dos participantes

CARACTERÍSTICA		QUANTIDADE OU VARIAÇÃO
SEXO	Masculino	0
	Feminino	8
IDADE		26-54
CARACTERÍSTICA		QUANTIDADE OU VARIAÇÃO
PROFISSÃO	ACS	3
	Enfermeiro	2
	Cirurgiã dentista	2
	Técnico em enfermagem	1
TEMPO NA eSF	1-5 anos	1
	6-10 anos	2
	11-15 anos	2
	16-20 anos	0
	21-25 anos	3
ESTATUTÁRIO		5

VÍNCULO EMPREGATÍCIO	CONTRATO DE TRABALHO	3
-------------------------	-------------------------	---

Fonte: Elaboração própria com base no estudo, 2023.

Conforme apresentado no quadro acima, podemos perceber que se trata de profissionais do sexo feminino, com idade compreendida entre 26 e 54 anos, tendo uma maior participação de ACS na pesquisa, com relação ao tempo de serviço, se mostrou que possuem atuação na eSF acima de um ano de atuação e com relação ao vínculo empregatício a maioria possui vínculo estatutário.

5.3 Grupo focal com coordenadores – 1ª etapa

A partir das questões disparadoras, bem como do referencial teórico, emergiram quatro categorias teóricas. A partir da análise de conteúdo do grupo focal, realizado com os coordenadores, foi possível identificar as subcategorias empíricas, para cada categoria teórica. Para isso, utilizou-se a contagem da frequência das Unidades de Registos (UR) em cada subcategoria empírica.

As categorias teóricas foram as seguintes:

Categoria 1: Papel da Educação Permanente em Saúde desenvolvida com profissionais das equipes; Categoria 2: Facilidades para incorporar a EPS na AB; Categoria 3: Dificuldades para incorporar a EPS na AB e; Categoria 4: Estratégias para dinamizar a EPS na AB.

Para melhor visualização e discussão, as categorias teóricas e subcategorias estão dispostas na tabela abaixo, contemplando a frequência das UR encontradas e o respectivo percentual.

Tabela 1 – Frequência das UR para cada subcategoria empírica, referentes a categoria teórica 1.

CATEGORIA TEÓRICA 1	SUBCATEGORIA (EMPÍRICAS)	FREQUÊNCIA DAS UR	%
Papel da Educação Permanente desenvolvida com profissionais das equipes	Prevenção de doenças	3	42,9
	Promoção da saúde	2	28,6
	Organização de atividades	2	28,6
TOTAL		7	100%

Fonte: Elaboração própria com base no estudo, 2023.

Na tabela acima, é possível observar, na categoria 1, por meio das subcategorias empíricas, que o papel da EP desenvolvida com os profissionais das equipes foi relacionado pelos coordenadores, em sua maioria, com a prevenção de doenças (42% das UR), além disso, também foi associado à promoção da saúde (28,6% das UR) e à organização de atividades (28,6% das UR). Nas falas abaixo, dos coordenadores (C1, C2 e C3), é possível perceber esses achados:

É basicamente o que a gente entende por prevenção de doenças e promoção da saúde. (C1)

É o aprendizado dos usuários sobre prevenção de doenças. (C2)

Deve ter uma agenda permanente para essas atividades. (C3)

Educação que seja permanente que faça parte da agenda da equipe, para que as ações aconteçam periodicamente. (C4)

Quando voltamos para a perspectiva da EP sugerida pela Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2009), observamos que o colocado pelos coordenadores, não se encontra em consonância com o que é considerado pela referida política, uma vez que afirma:

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, 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, 2009, p.20).

Esposti et al. (2020), afirma que é necessário progredir na compreensão da EPS que rege a política e de suas práticas nos serviços por parte dos atores que a constrói, como os gestores, profissionais de saúde, instituições de ensino e usuários, para que sejam aprimorados tanto a formação em saúde quanto os processos de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde.

Tabela 2 – Frequência das UR para cada subcategoria empírica, referentes a categoria teórica 2.

CATEGORIA TEÓRICA 2	SUBCATEGORIA (EMPÍRICAS)	FREQUÊNCIA DAS UR	%
Facilidades para incorporar a EPS na AB	Interesse dos profissionais e/ou gestão	5	100%
TOTAL		5	100%

Fonte: Elaboração própria com base no estudo, 2023.

Na categoria teórica 2, facilidades para incorporar a EPS na AB, temos uma única subcategoria empírica a qual obteve 100% da UR. Esta subcategoria se refere ao interesse dos profissionais e/ou gestão para a incorporação da EP na AB. Abaixo, estão as falas dos coordenadores (C2 e C3) que apontam para esta subcategoria:

Tem profissionais que se interessam em fazer sala de espera; se juntam com outros setores para melhor integração e realização das atividades. (C2)

Auxílio e interesse da gestão em fornecer materiais para dinâmicas que os profissionais querem fazer. (C3)

É relevante ter o conhecimento das facilidades que as equipes vivenciam em seu cotidiano, isso faz com que o processo de EPS seja fortalecido, além de se tornar viável a sua efetiva realização na rotina dos profissionais (PINHEIRO; AZAMBUJA; BONAMIGO, 2018).

Leite, Pinto e Fagundes (2020), apontam que os gestores do SUS têm buscado influenciar na redefinição do perfil dos profissionais, por meio de iniciativas que sejam programadas para integrar a educação, o trabalho, a gestão e organização dos serviços, de modo a possibilitar mudanças na formação desses profissionais bem como nas práticas de saúde. Com relação aos profissionais, Pereira et al. (2018), afirma que os trabalhadores expressaram empatia para com os colegas e conseguiram construir coletivamente estratégias para serem incorporadas no processo de trabalho, contribuindo assim para o processo de ensino aprendizagem.

Assim, é certo considerar a necessidade da sensibilização de gestores como também de profissionais para que a educação permanente seja adotada como ação intrínseca da atenção à saúde (JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

Tabela 3 – Frequência das UR para cada subcategoria empírica, referentes a categoria teórica 3.

CATEGORIA TEÓRICA 3	SUBCATEGORIA (EMPÍRICAS)	FREQUÊNCIA DAS UR	%
Dificuldades para incorporar a EPS na AB	Alta demanda do serviço	2	40%
	Desinteresse dos usuários	3	60%
TOTAL		5	100%

Fonte: Elaboração própria com base no estudo, 2023.

Na categoria 3, dificuldades para incorporar a EPS na AB, foi possível extrair, da análise, duas subcategorias empíricas, sendo elas: alta demanda do serviço (40% das UR) e desinteresse dos usuários (60% das UR).

É necessário e relevante se conscientizar das dificuldades no processo de trabalho das equipes no tocante à EPS, o olhar crítico permite criar estratégias pertinentes para superar as dificuldades (PINHEIRO; AZAMBUJA; BONAMIGO,

2018). Ferreira et al. (2019), traz a seguinte citação que versa sobre as dificuldades da EP:

Para efetivação da proposta da EPS em consonância com as diretrizes da PNEPS, contudo, as dificuldades existentes para o seu desenvolvimento versam sobre a falta de ferramentas que auxiliem o gestor a operacionalizar o proposto na Política, a necessidade de articulação entre os níveis de gestão, a falta de profissionais qualificados e de adesão desses para as atividades educacionais, a falta de planejamento pelos gerentes de unidades, a rotatividade dos profissionais devido ao vínculo superficial com o serviço, a baixa participação popular e o enfoque de trabalho fragmentado por profissões. Essas são dificuldades que precisam ser enfrentadas e repensadas no sentido de mudanças efetivas (FERREIRA et al., 2019, p. 235).

Na citação acima, o autor menciona a baixa participação popular como uma das dificuldades, o que podemos correlacionar com a subcategoria “*desinteresse dos usuários*”, o que ressalta também a importância do usuário no contexto da EPS. Sendo possível perceber pelas seguintes falas:

Muitos usuários não querem escutar, nem prestar atenção ao que o enfermeiro quer transmitir antes da consulta, na sala de espera. (C1)

Pouca aceitação dos usuários em participar e tentar procurar informação junto à unidade e aos profissionais. (C2)

A “*alta demanda do serviço*” foi outra subcategoria, que aparece na categoria teórica 3. Quando vamos para literatura, o estudo de Paulino et al. (2018) menciona que dentre os desafios para a realização efetiva da EP estão a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo, tais dificuldades corrobora com os achados do presente estudo, o que se torna evidente nas seguintes falas dos coordenadores:

Muitas tarefas subsequentes que acabam esgotando os profissionais de tanta exaustão e acaba se deixando de lado a educação permanente. E todos os dias a procura pelo serviço só aumenta. (C1)

A pandemia nos últimos anos tem dificultado a educação permanente. Os profissionais estão também exaustos da alta demanda que a pandemia gerou. (C3)

Ferreira et al. (2019) também corrobora com essa dificuldade quando fala que nos estudos foram citadas dificuldades no cotidiano de trabalho, e a sobrecarga de trabalho é considerada em boa parte desses estudos além do e quadro de profissionais aquém do necessário.

Tabela 4 – Frequência das UR para cada subcategoria empírica, referentes a categoria teórica 4.

CATEGORIA TEÓRICA 4	SUBCATEGORIA (EMPÍRICAS)	FREQUÊNCIA DAS UR	%
Estratégias para dinamizar a EPS na AB	Atividades noturnas para população	2	50%
	Preparo dos profissionais	2	50%
TOTAL		4	100%

Fonte: Elaboração própria com base no estudo, 2023.

Por último, temos a categoria 4, estratégias para dinamizar a EP na AB. Para esta, temos como subcategorias: atividades noturnas para a população (50% das UR) e preparo dos profissionais (50% das UR).

Na subcategoria empírica “*atividades noturnas para a população*”, é possível perceber que o conceito de educação em saúde ele é colocado na discussão, tornando-se evidente na seguinte fala:

Por exemplo, quando as pessoas estão esperando para atendimento médico, já é uma oportunidade para fazer essas atividades e trabalhar um assunto específico. Outra estratégia são as atividades noturnas que atraem as pessoas. (C1)

Falkenberg et al. (2014) afirma que é preciso saber diferenciar os conceitos de *educação em saúde* e *educação na saúde*, são conceitos que embora estejam conectados, apresentam distinções que merece atenção por parte dos profissionais da saúde, dessa forma ele faz a seguinte conceituação:

Na educação em saúde deve ser enfatizada a educação popular em saúde, que valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico. Na educação na saúde

deve ser enfatizada a educação permanente em saúde, de maneira a buscar nas lacunas de conhecimento dos profissionais, ações direcionadas a qualificação dos processos de trabalho em saúde considerando as especificidades locais e as necessidades do trabalho real (FALKENBERG et al., 2014, p.851).

Desse modo, se torna importante a reflexão sobre esses conceitos por parte dos coordenadores, a fim de que se tornem claros e bem definidos diante das práticas dos serviços de saúde.

Na outra subcategoria empírica temos o “*preparo dos profissionais*” como forma de estratégias para dinamizar a EPS. Esse preparo se faz necessário diante da relevância de se fomentar o interesse dos trabalhadores de saúde para a mudança de sua atuação, através de práticas reflexivas que sejam transformadoras e resultem na qualificação dos serviços de saúde prestados (FERREIRA et al, 2019).

Ademais, é válido reforçar que o preparo desses profissionais não seja atribuído à processos que sejam voltados ao enfoque biologicista, de modo a ter um resultado que impacte em uma atenção à saúde fragmentada (JÚNIOR; MOREIRA, 2017). Esse preparo deve ser baseado na vivência dos atores, de modo horizontal e constante, fazendo com que os profissionais adotem uma postura crítica e reflexiva (FONTANA et al., 2021).

5.4 Grupo focal com profissionais das equipes – 2ª Etapa

A partir da realização do grupo focal com os profissionais das equipes, tendo as questões disparadoras para o diálogo, como também, os objetivos do estudo, elencou-se três categorias teóricas: Categoria 1. Entendimento dos profissionais sobre Educação Permanente em Saúde; Categoria 2. Vivência da Educação Permanente em Saúde pela equipe; Categoria 3. Dificuldades encontradas para a realização da Educação Permanente em Saúde pela equipe.

Essas categorias também foram compartilhadas com os profissionais das equipes, na terceira etapa do estudo, por meio de uma planilha, de modo que pudessem emitir o grau de concordância para cada categoria elencada além de poder sugerir e opinar sobre elas. Os profissionais puderam assinalar, uma, dentre as cinco alternativas baseadas na escala Likert (1932). Segundo essa escala é possível especificar o nível de concordância ou discordância, sendo as seguintes alternativas: concordo totalmente; concordo; não concordo nem discordo; discordo, discordo

totalmente. Para este estudo adotou-se como validada as categorias que obtiverem 85% de concordância (somando as alternativas “concordo totalmente” e “concordo”).

Abaixo, segue a tabela 2 com as categorias disponibilizadas na planilha e o resultado do grau de concordância apontado pelos profissionais.

Tabela 5 – Categorias teóricas e respectivo grau de concordância.

CATEGORIA TEÓRICA	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	TOTAL
Entendimento dos profissionais sobre Educação Permanente em Saúde	37,5%	62,5%	100%
Vivência da Educação Permanente em Saúde pela equipe	50%	50%	100%
Dificuldades encontradas para a realização da Educação Permanente em Saúde pela equipe	25%	75%	100%

Fonte: Elaboração própria com base no estudo, 2023.

Como mostra a tabela acima, é possível observar que houve concordância para as três categorias elencadas, uma vez que a soma total das alternativas “concordo totalmente” e “concordo” foi de 100%.

Com as categorias teóricas definidas e validadas, retornou-se à transcrição do conteúdo oriundo do grupo focal, para destacar as Unidades de Registros (UR) e assim organiza-las de modo a criar subcategorias empíricas, para cada categoria teórica elencada. A frequência das UR foi contabilizada e feito o respectivo percentual. O resultado foi disposto em tabelas, a seguir, para melhor compreensão.

Tabela 6 – Frequência das UR para cada subcategoria empírica, referentes a categoria teórica 1.

CATEGORIA TEÓRICA 1	SUBCATEGORIA (EMPÍRICAS)	FREQUÊNCIA DAS UR	%
Entendimento dos profissionais sobre Educação Permanente em Saúde.	Qualificação profissional	4	50%
	Aprendizagem dentro do cotidiano de trabalho	3	37,5%
	Instruções de trabalho	1	12,5%
TOTAL		8	100%

Fonte: Elaboração própria com base no estudo, 2023.

Na tabela acima temos os resultados da análise dispostos nas categorias e subcategorias empíricas. A categoria 1 diz respeito ao entendimento dos profissionais sobre Educação Permanente em Saúde, sendo possível obter três subcategorias empíricas, sendo elas: qualificação profissional (50% das UR); aprendizagem dentro do cotidiano de trabalho (37,5% das UR) e instruções de trabalho (12,5% das UR).

A subcategoria “*qualificação profissional*” expressa a concepção de que a EPS está associada meramente à qualificação do profissional, o que podemos constatar pelas falas dos profissionais (P1, P3 e P5) abaixo:

A educação permanente é sobre como qualificar meu conhecimento profissional e obter resultados, acredito eu que é preciso mais capacitação. (P1)

É uma ferramenta que possibilita adquirir conhecimento profissional para com isso tentar realizar o trabalho com mais qualidade e acesso a resolução. (P3)

É uma capacitação voltada para os profissionais de forma a atualizar determinados protocolos de assistência a fim de melhorar o atendimento à população. (P5)

Tal configuração é reforçada quando vemos o estudo de Silva, M. et al. (2021) que trazem como achado, que os profissionais de saúde anseiam por EPS, porém é perceptível que existe limitações quanto a compreensão de EPS, uma vez que vem sendo realizada como educação continuada e pensada como algo externo ao local de trabalho e não a partir dos atores do serviço.

Silva, R. et al. (2021) constatou, em seu estudo de revisão integrativa, que as ações de educação permanente vêm sendo desenvolvidas com a perspectiva da educação continuada, por meio de ações isoladas, fragmentadas e descontextualizadas da realidade do serviço. Peixoto et al. (2013), reforça que a educação continuada é realizada como extensão do modelo escolar e acadêmico e enfatiza a perspectiva de treinamentos e cursos, reforça a reprodução de abordagens convencionais, diferenciando-se da EPS, já que esta resulta na transformação de práticas e técnicas e fundamenta-se na pedagogia crítico-reflexiva.

Na subcategoria empírica “*aprendizagem dentro do cotidiano de trabalho*” já é possível observar uma perspectiva mais alinhada à proposta da EPS, onde podemos evidenciar nas seguintes falas dos profissionais (P2, P4 e P6):

Entendo como sendo um processo e ensino aprendizagem dentro da nossa rotina de trabalho. (P2)

É uma educação que deve ser, cotidiana e comprometida com os problemas surgidos na equipe, na comunidade, acompanhada pelos profissionais da equipe. (P4)

O que eu entendo por educação permanente é a educação de acordo com nossa realidade e de acordo com a situação que nós vamos vivenciar no dia a dia. (P6)

Barth et al. (2014) consegue aproximar da ideia das falas dos profissionais acima quando afirma, em seu estudo, que a EPS permite integração entre a tríade realidade, problematização e educação no contexto do trabalho. Com isso, é possível ultrapassar a concepção de uma aprendizagem individual, com transmissão de saberes e relações de fragmentação entre categorias profissionais, visando à interdisciplinaridade nos serviços de saúde.

Desse modo, podemos perceber que há a compreensão por parte de alguns profissionais, pois a EPS tem, no cenário das práticas, o processo de trabalho como objeto de transformação, considerando a reflexão crítica dos profissionais sobre o que está acontecendo no cotidiano dos serviços e buscando solucionar os problemas encontrados junto com a equipe (FERREIRA et al. 2019).

Por último, temos a subcategoria empírica “*instruções de trabalho*” que mesmo aparecendo com uma UR, se torna importante trazer para discussão a fim de ratificar a dificuldade de alguns profissionais tem de entender a EPS de forma ampla o que

contribui para limitação das ações de EPS à transmissão de informações (PRALON; GARCIA; IGLESIAS, 2021).

Tabela 7 – Frequência das UR para cada subcategoria empírica, referentes a categoria teórica 2.

CATEGORIA TEÓRICA 2	SUBCATEGORIA (EMPÍRICAS)	FREQUÊNCIA DAS UR	%
Vivência da Educação Permanente em Saúde pela equipe	Reunião entre a equipe para discussão dos problemas	4	50%
	Inexistência da Educação Permanente em Saúde	4	50%
TOTAL		8	100%

Fonte: Elaboração própria com base no estudo, 2023.

Na categoria 2, vivência da Educação Permanente em Saúde pela equipe, vamos encontrar duas subcategorias empíricas sendo elas: Reunião entre a equipe para discussão dos problemas (50% das UR) e Inexistência da Educação Permanente em Saúde (50% das UR).

Na subcategoria “*Reunião entre a equipe para discussão dos problemas*”, podemos ver a aproximação da prática e do diálogo como uma vivência de EPS apontada pelos profissionais, abaixo temos algumas falas que reforçam essa percepção:

A equipe onde trabalho, sempre que vivenciamos algo difícil, nos reunimos e procuramos resolver de forma, que na abordagem ao paciente, no meu dia a dia... (P1)

Entre a equipe conseguimos discutir alguns assuntos referentes aos problemas que vão surgindo, noto que a equipe sempre ajuda uns aos outros. (P2)

Se torna importante conhecermos as práticas relacionadas à Educação Permanente em Saúde vivenciadas pelos profissionais, pois dessa forma é possível

avaliar as ações que são desenvolvidas e a percepção dos atores com relação a sua efetividade (FIGUEREDO et al., 2014).

Moraes et al. (2021) em seu estudo, apontou que as reuniões de equipe, também foram Consideradas, pelos participantes, como sendo um dos fatores que facilitam as atividades de EPS, os autores ressaltam também que as atividades laborativas em aprendizagem, levam à reflexão dos problemas vivenciados na prática.

Moraes, Higa e Moraes (2022) também corrobora com achados, quando os participantes do estudo mencionaram as reuniões de equipe como forma de trabalhar o ensino e a aprendizagem, partindo das dificuldades encontradas no cotidiano. As reuniões gerais e de equipes podem ser consideradas um movimento articulado de EPS gerado pelos próprios profissionais (BERALDI; MENDONÇA; FÉLIX, 2021).

A subcategoria “*inexistência de Educação permanente em Saúde*”, se torna preocupante uma vez que esta subcategoria empírica correspondeu a 50% das UR. Podemos dessa forma, observar nas falas dos profissionais (P5, P6 e P7), abaixo:

Não existe uma prática de educação permanente de maneira assídua, uma vez que passamos por determinados surtos e aí se torna um motivo para não se realizar a prática (P5).

No cotidiano a gente não vivencia, porque ela não acontece. (P6)

Não existe, não vivenciamos a Educação Permanente em Saúde. (P7)

Essas declarações nos permitem ressaltar a importância de discutir com os profissionais das equipes sobre EPS, desde os seus conceitos iniciais até a sua prática. No estudo de Moraes, Higa e Moraes (2022), com profissionais de Unidades de Saúde da Família, alguns dos profissionais também indicaram a ausência de atividades de EPS em seus cotidianos de trabalho.

Desse modo, ressalta-se que a EPS deve fazer parte do serviço, contemplando as reais necessidades e sendo transformadora das práticas dos profissionais de saúde. Nesse sentido, é recomendável a análise constante dos profissionais e da instituição, no que diz respeito aos processos de trabalho, visando identificar as necessidades existentes e as possíveis propostas de intervenção no âmbito da EPS (SILVA et al., 2020).

Tabela 8 – Frequência das UR para cada subcategoria empírica, referentes a categoria teórica 3.

CATEGORIA TEÓRICA 3	SUBCATEGORIA (EMPÍRICAS)	FREQUÊNCIA DAS UR	%
Dificuldades encontradas para a realização da Educação Permanente em Saúde pela equipe	Pouca oferta de capacitação	2	40%
	Pouco tempo para realizar as atividades	3	60%
TOTAL		5	100%

Fonte: Elaboração própria com base no estudo, 2023.

Na última categoria teórica, Dificuldades encontradas para a realização da Educação Permanente em Saúde pela equipe, foi possível identificar duas subcategorias empíricas, sendo elas: Pouca oferta de capacitação (40% das UR) e pouco tempo para realizar as atividades (60% das UR).

Conhecer as dificuldades que as equipes de saúde vivenciam é importante para refletir e melhorar os processos educativos a fim de superar tais dificuldades. Alguns dos desafios apontados pelos profissionais são a falta de motivação para participar das atividades, a pouca priorização das ações de EPS, a sobrecarga do trabalho de enfermeiros (JESUS; RIBEIRO; ARAÚJO, 2020).

Dessa forma, no presente estudo, tivemos a subcategoria “*pouca oferta de capacitação*” apontada como dificuldades para a realização da EPS, evidenciada nas falas abaixo:

Sinto a necessidade de que aconteçam mais capacitações voltadas para os profissionais referente as problemáticas mais recorrentes no cotidiano. (P2)

Profissionais capacitados que possam ministrar capacitações. (P5)

Esse achado, corrobora com o estudo de Júnior e Moreira (2017), quando estes apontam que os trabalhadores compreendem que a EPS deve ser formativa através de cursos treinamentos e capacitações com profissionais especialistas.

É possível notar uma predominância no que diz respeito à oferta de cursos pontuais e capacitações ofertados como sendo EPS, porém sabe-se que essa forma isolada se distancia dos preceitos da EPS (SILVA; LEITE; PINNO, 2014). Essas atividades, apontadas pelos profissionais, podem compor a EPS, contudo não são capazes de se constituir e nem ser consideradas como única forma de se fazer EPS (PERES; SILVA; BARBA, 2016).

Como última subcategoria empírica temos “*pouco tempo para realizar as atividades*”. Esta subcategoria teve uma porcentagem de 60% das UR. Abaixo segue as falas de alguns profissionais (P6 e P8) que representam essa subcategoria:

Uma dificuldade é o tempo, tempo para sair da unidade para se dedicar a essa educação. A gente não pode voltar o paciente para casa. Até para fazer vacina a gente tem dificuldade, tem que colocar em dia de outros atendimentos. (P6)

A questão da dificuldade é o tempo, o nosso tempo é muito corrido. (P8)

Ao mencionar a falta de tempo, predominante nas falas, é possível associar à sobrecarga de trabalho e responsabilidades, eventualmente pode acontecer pela falta de planejamento e pela dificuldade na organização dos serviços, fazendo com que os profissionais se mantenham sobrecarregados na assistência à saúde, deixando em segundo plano alguns aspectos relativos aos processos educativos (PINHEIRO; AZAMBUJA; BONAMIGO, 2018).

Jesus, Ribeiro e Araújo (2020), relatam que a sobrecarga de trabalho também foi apontada pelos enfermeiros como sendo uma dificuldade para a EPS ser realizada.

Por fim, é possível perceber que muitos estudos corroboram com os achados da análise da referida pesquisa, sendo possível ainda avançar no contexto que envolve a EPS, desde a sua conceituação até a sua aplicação no cotidiano dos serviços de saúde.

5.5 Análise imbricada da Categorias e subcategorias

As categorias e subcategorias apontadas, permitem refletir a respeito do conhecimento e da prática considerados pelos profissionais implicados no estudo. As categorias teóricas estabelecem entre si uma forte relação dentro do contexto de fortalecimento da EPS, uma vez que entender o que é EPS, identificar como ela é vivenciada no cotidiano e conseguir perceber as dificuldades enfrentadas pela equipe para a sua efetivação, faz com que possamos compreender melhor como a EPS está situada dentro do processo de trabalho das equipes. Além disso, ao olhar as subcategorias empíricas, é possível perceber que ainda há uma distância do que é vivenciado e compreendido distante do que a Política Nacional de Educação Permanente institui.

Essa percepção é vista nas falas dos sujeitos, no momento de expor o entendimento sobre EPS, nos exemplos de como a vivenciam e no apontar das dificuldades. Desse modo, percebe-se a necessidade de uma maior discussão da temática dentro das equipes, junto com os profissionais e a gestão.

5.6 Aplicação da Matriz FOFA (SWOT) – Etapa 3

A planilha FOFA foi compartilhada com os profissionais das equipes da AB, através do formulário disponibilizado no *google forms*, para que estes pudessem expressar o grau de concordância e acrescentar elementos de modo a contribuir com a construção do Plano de Ação para fortalecimento da EPS. Os elementos elencados foram aqueles que se mostraram pertinentes nos momentos de discussão sobre Educação Permanente em Saúde.

Os profissionais puderam assinalar, uma, dentre as cinco alternativas baseadas na escala Likert (1932). Como já mencionada anteriormente, essa escala permite especificar o nível de concordância ou discordância dos participantes, através das seguintes alternativas: concordo totalmente; concordo; não concordo nem discordo; discordo, discordo totalmente.

Para validar os elementos que compõe a matriz de *SWOT* (FOFA), a pesquisadora adotou como validada os elementos que obtiverem acima de 85% de

concordância (somando as alternativas “concordo totalmente” e “concordo”), para que de fato sejam levados em consideração na construção do Plano de Ação.

Abaixo, segue o quadro 4, com a matriz de *SWOT* (FOFA), com as respectivas porcentagens do grau de concordância para cada elemento, expressa pelos profissionais.

Quadro 4 – Matriz de SWOT (FOFA) – Fase Diagnóstica

	FORÇAS	% DO GRAU DE CONCORDÂNCIA (CONCORO TOTALMENTE + CONCORDO)	FRAQUEZAS	% DO GRAU DE CONCORDÂNCIA (CONCORO TOTALMENTE + CONCURSO)
FATORES INTERNOS	Diálogo entre os profissionais da equipe	100%	Alta demanda de trabalho	100%
	Estudo de caso	100%	Falta de tempo	87,5%
	Interesse dos profissionais	100%	Falta de interesse de alguns profissionais para as atividades	75%
	Empenho da equipe	100%		
FATORES EXTERNOS	OPORTUNIDADES		AMEAÇAS	
	Profissionais especializados	100%	Demandas extras para serem cumpridas	87,5%
	Instituições de ensino	100%	Pouca oferta de capacitações e treinamentos para os profissionais	100%
	Apoio da gestão	100%	Rotina exaustiva com a agenda de atividades que envolvem o combate ao COVID	87,5%

Fonte: Elaboração própria com base no estudo, 2023.

No quadro acima, temos a distribuição dos elementos atribuídos as forças e fraquezas (fatores internos) e oportunidades e ameaças (fatores externos).

As fraquezas e ameaças serviram de ponto de partida para estudo e desenvolvimento da proposta do plano e Educação Permanente.

A "alta demanda de trabalho" (100%), foi o elemento que possuiu maior grau de concordância entre os participantes, relacionada à fraqueza. Soratto et al. (2017), afirma em seu estudo que a ESF é reconhecida como um dos locais mais importantes para a garantia do acesso universal em saúde, dessa forma, a equipe procura gerenciar esse acesso, contudo, esse fato requer uma agenda de trabalho intensa

associada às atividades burocráticas e fazem com que a demanda aumente. Esse descontrole da demanda gera insatisfação aos profissionais.

Outro elemento relacionado à fraqueza foi a “falta de interesse de alguns profissionais para as atividades” (75%). Sem dúvidas, este se torna um elemento que implica diretamente com o processo de trabalho, isso porque para que o trabalho em equipe aconteça é necessário que haja colaboração entre os membros da equipe e as relações sejam construídas com diálogos e comprometimento (PERUZZO et al., 2018).

Quando se observa os fatores externos, nas ameaças, temos o elemento “pouca oferta de capacitações e treinamentos para os profissionais” (100%) apontado com o maior percentual. Esse elemento nos faz perceber que os trabalhadores ainda precisam estar atentos às diversas ações de EPS que podem ser produzidas no cotidiano do trabalho e nos serviços, uma vez que a EPS ainda está muito vinculada à noção de educação continuada, sendo necessário que eles entendam que é importante planejar e buscar o aprendizado de maneira ampla e perene para fortalecer o processo de trabalho (SILVA; SANTOS, 2021).

A "rotina exaustiva com a agenda de atividades que envolvem o combate ao COVID" (87,5%), apareceu como elemento relacionado a ameaças. Em um contexto de pandemia, onde a pesquisa ocorreu, não tinha como este elemento não ser apontado em algum momento ao longo do estudo. A pandemia de COVID-19 exigiu que os profissionais reformulassem suas rotinas de trabalho, a fim de se adequarem às demandas no novo cenário epidemiológico, desse modo, as condições específicas do cenário levaram a uma grande sobrecarga de trabalho, além disso favorecendo o estresse laboral e fatores de risco para comprometimento da saúde destes profissionais (RAMOS, 2020).

Por fim, tendo realizado essa fase diagnóstica, através da síntese dos resultados da FOFA, foi possível estabelecer uma devolutiva para os profissionais e uma contrapartida destes acerca do que foi contemplado no grupo focal com os profissionais de saúde.

5.7 Plano de ação para fortalecimento da Educação Permanente em Saúde na AB

De posse das informações da FOFA, e para a construção do plano de ação utilizou-se a ferramenta 5W2H, para nortear as ações para cada problema apresentado. Esta é uma ferramenta que corresponde às iniciais, em inglês (what – why – who – where – when) e 2H (how – how much), das sete questões, que quando respondidas contribuem no mapeamento e padronização de processos e elaboração do plano de ação.

Na ferramenta 5W2H tem-se o problema a ser trabalhado conforme as questões que a ferramenta propõe. Nesse caso, tomando como referência a planilha FOFA (quadro 3), escolheu-se dois elementos relacionados a fraquezas, um de maior pontuação e outro de menor pontuação, e dois elementos relacionados a ameaças, também considerando um de maior pontuação e outro de menor pontuação, na presença de empate nas porcentagens, os participantes decidiram, na oficina de proposição, qual elemento seria priorizado. Em seguida, estes elementos foram considerados como problema para o desenvolvimento da ferramenta 5W2H. Dessa forma, como fraquezas, foram consideradas: “alta demanda de trabalho”, com 100% do grau de concordância e “falta de interesse de alguns profissionais para as atividades”, com 75% do grau de concordância. Para as ameaças, foram considerados os seguintes elementos: “pouca oferta de capacitações e treinamentos para os profissionais”, que obteve 100% do grau de concordância entre os profissionais e “rotina exaustiva com a agenda de atividades que envolvem o combate ao COVID”, obtendo 87,5% do grau de concordância.

Elencados os problemas, foi possível montar quadros síntese que permitiram aplicar a ferramenta para cada problema escolhido. A pesquisadora fez uma sistematização dos problemas previamente, conforme a ferramenta 5W2H, e levou para a oficina de proposição do Plano de Ação (4ª etapa) a fim de que todos os atores envolvidos na pesquisa (coordenadores e profissionais) pudessem colaborar com a construção, de modo a ter uma ferramenta que possa ser compreendida e utilizada no cotidiano. A oficina foi pouco participativa, contando apenas com a presença de uma profissional e uma coordenadora. Tendo em vista a dinâmica de cada unidade e os compromissos individuais de cada participante, foi difícil articular um dia para o encontro em que fosse possível uma maior participação.

No quadro 5, a seguir, tem-se a ferramenta 5W2H montada, para o problema 1 “alta demanda de trabalho”.

Quadro 5 – Problema 1

Problema: Alta demanda de trabalho						
What (O que)	Why (Por que)	Where (Onde)	When (Quando)	Who (Quem)	How (Como)	How Much (Quanto custa)
Organizar as atividades da equipe de modo que a Educação Permanente possa fazer parte do cotidiano das equipes.	Para conseguir realizar atividades de Educação Permanente dentro das demandas que já são atribuídas aos profissionais das equipes.	Nas unidades das equipes da AB;	Mensal	Profissionais das equipes da AB; coordenadores das equipes de AB	Roda de discussão, entre coordenação e equipe para criar uma agenda que faça refletir ações de Educação Permanente a serem realizadas de modo que não seja vista como uma demanda a mais ao serviço.	Custo de aproximadamente R\$500,00 proveniente do uso de materiais como papel A4, caneta, cartolina, e materiais impressos.

Fonte: Elaboração própria com base no estudo, 2023.

No quadro 6, a seguir, tem-se a ferramenta 5W2H montada, para o problema 2 “falta de interesse de alguns profissionais para as atividades”.

Quadro 6 – Problema 2

Problema: Falta de interesse de alguns profissionais para as atividades						
What (O que)	Why (Por que)	Where (Onde)	When (Quando)	Who (Quem)	How (Como)	How Much (Quanto custa)
Fomentar o interesse dos profissionais para a Educação Permanente em Saúde.	Para que os profissionais, possam desenvolver as atividades de EPS de modo cotidiano em suas equipes.	Nas unidades das equipes da AB;	Quinzenal	Profissionais das equipes da AB; coordenadores das equipes de AB	Com incentivo permanente e espaços para que a EPS seja discutida a Política Nacional de Educação Permanente para melhor conhecimento e apropriação do que diz a política.	Custo de aproximadamente R\$500,00 proveniente do uso de materiais como papel A4, caneta, cartolina, e materiais impressos.

Fonte: Elaboração própria com base no estudo, 2023.

Abaixo, segue o quadro 7, tem-se a ferramenta 5W2H montada, para o problema 3 “pouca oferta de capacitações e treinamentos para os profissionais”.

Quadro 7 – Problema 3

Problema: Pouca oferta de capacitações e treinamentos para os profissionais						
What (O que)	Why (Por que)	Where (Onde)	When (Quando)	Who (Quem)	How (Como)	How Much (Quanto custa)
Aumentar a oferta de atividades que oportunizem o aprendizado no serviço e de acordo com as necessidades de cada equipe.	Para oportunizar o aprendizado dentro do serviço e consequentemente fortalecer a EPS.	Nas unidades das equipes da AB; sala de reuniões da secretaria municipal de saúde; instituições de ensino do município.	Mensal	Profissionais das equipes da AB; coordenadores das equipes de AB; profissionais de instituição de ensino.	Através de parceria ensino-serviço; utilização de metodologias ativas, de modo que os profissionais compreendam que a EPS deve se fazer presente no cotidiano da equipe e não se configurando apenas como um processo de aprendizado pontual e verticalizado.	Custo de aproximadamente R\$500,00 proveniente do uso de materiais como papel A4, caneta, cartolina, e materiais impressos.

Fonte: Elaboração própria com base no estudo, 2023.

Por último, temos o quadro 8, abaixo, contendo a ferramenta 5W2H montada para o problema 4 “rotina exaustiva com a agenda de atividades que envolvem o combate ao COVID”.

Quadro 8 – Problema 4

Problema: Rotina exaustiva com a agenda de atividades que envolvem o combate ao COVID						
What (O que)	Why (Por que)	Where (Onde)	When (Quando)	Who (Quem)	How (Como)	How Much (Quanto custa)
Organizar a agenda de atividades da equipe de modo que as ações de combate à COVID 19 possam ser distribuídas ao longo da semana e que não ocupem espaços das outras atividades que devem ser desenvolvidas.	Para que os profissionais, possam desenvolver as atividades do cotidiano, incluindo a EPS.	Nas unidades das equipes da AB;	Mensal	Profissionais das equipes da AB; coordenadores das equipes de AB	Através de planejamento da agenda semanal, com a contribuição da coordenação para que assim possam estabelecer uma rotina que contemple todas as ações da equipe e a EPS se faça presente.	Custo de aproximadamente R\$500,00 proveniente do uso de materiais como papel A4, caneta, cartolina, e materiais impressos.

Fonte: Elaboração própria com base no estudo, 2023.

Com as planilhas construídas, tem-se o Plano de Ação para o fortalecimento da EPS no município de Souza/PB, que pode ser implementado pelas equipes conforme identificação dos problemas.

Essa estrutura facilita a implementações de estratégias e ações, sendo necessário o seu aprimoramento constante, por meio de monitoramento e avaliação, tendo em vista mudanças constantes nas condições de vida e saúde das populações dos territórios, onde emergem novas necessidades em seu estado de saúde, demandando ajustes e busca de novos saberes e práticas junto as equipes da ESF.

O planejamento estratégico e participativo é ferramenta viva de gestão do processo de trabalho, possibilitando, ao mesmo tempo, o desenvolvimento de intervenções em saúde, e a aprendizagem nas equipes da ESF e junto aos gestores da AB.

Vale ressaltar que essa ferramenta contribui para a participação ativa dos profissionais além de manter viva a EPS nas equipes, levando sempre em consideração as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Para a execução do Plano de Ação, se faz necessário que os coordenadores da AB do município de Souza/PB articulem com cada equipe de sua responsabilidade encontros mensais, para que possam discutir os problemas pertinentes ao cuidado em saúde e os conhecimentos necessários ao seu desenvolvimento junto as populações do território.

As ferramentas utilizadas neste estudo, podem ser incorporadas aos processos de trabalho, consoante a realidade e ao contexto de cada eSF.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação Permanente em Saúde deve estar presente no processo de trabalho das equipes da Atenção Básica, no entanto, na pesquisa realizada percebeu-se que a EPS ainda precisa ser compreendida e fortalecida de modo que se faça presente de forma inerente ao cotidiano das equipes. Isso se deve, por parte dos atores envolvidos, a compreensão ainda distante do que é proposto pela Política Nacional de Educação Permanente.

Conforme os resultados deste estudo, foi possível contemplar o objetivo geral e os específicos da pesquisa, através das etapas que compuseram a pesquisa-ação, com efetiva implicação dos sujeitos, além de ter permitido evidenciar elementos estruturais para construção de um Plano de Ação como forma de contribuir para que a Educação Permanente seja vivenciada de forma efetiva no cotidiano das equipes de trabalho e conseqüentemente melhorar a assistência à saúde prestada aos usuários.

Ademais, é importante ressaltar que existe a necessidade de implantar mecanismos e estratégias de articulação que possam favorecer o fortalecimento da EPS, em todas as equipes da Atenção Básica, sendo a execução do Plano de Educação Permanente uma ferramenta, proposta pelo estudo, pertinente para esse fortalecimento, somado a isso, sugere-se a promoção de espaços e encontros entre os profissionais de todos os níveis de assistência a fim de que possam fortalecer essa abordagem para a transformação das práticas profissionais dentro dos seus territórios.

Este estudo teve algumas limitações, como sua execução durante a pandemia da Covid-19, que impossibilitou o trabalho de campo em várias ocasiões, sendo postergado para mais adiante, resultando em baixa ou pouca participação nos momentos de sistematização onde foram realizadas as análises conjunta dos resultados e sua incorporação ao Plano de Ação.

Sugere-se que novos estudos possam ser feitos, na perspectiva de aprofundar a realidade da EPS no município de Sousa/PB com base na PNEPS, analisando a existência e/ou funcionamento de dispositivos que propiciam a intersetorialidade da política entre os três entes federados, como os Núcleos de EPS, articulações com controle social e as instâncias colegiadas regionais.

REFERÊNCIAS

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, mai. 2016.

ARIAS, E.H.L.; VITALINO, H.A.; MACHADO, M.H.; AGUIAR FILHO, W.; CRUZ, L.A.M. Gestão do trabalho no SUS. **Cad RH Saude.**; V. 3, n.1, p.119-124, 2006.

ARRUDA, M. P.; ARAÚJO, A.P.; LOCKS, G.A.; PAGLIOSA, F.L. Educação permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. **Rev Bras Edu Med.** V. 32, n. 4, p. 518-524, 2008.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BARBOSA, G.B. et al. Saberes e Práticas da Educação Permanente em Saúde no Cotidiano da Estratégia Saúde da Família: uma Metassíntese. **Investigação qualitativa em saúde.** v. 2, 2016.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BARTH, P. O.; AIRES, M.; SANTOS, J. L. G.; RAMOS, F. R. S. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** V. 16, n. 3, p. 604-611, 2014.

Disponível em:

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/eps%20conceito%20e%20praticas.pdf>. Acesso em: 26 dez 2022.

BERALDI, M. L.; MENDONÇA, F. F.; FÉLIX, S. B. C. M. Estratégias de Educação Permanente Utilizadas em um Serviço da Atenção Primária à Saúde. **Revista Contexto & Saúde.** V. 21, n. 44, p. 221-235, 2021. Disponível em:

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/11941-Texto%20do%20artigo_-55761-1-10-20220217.pdf>. Acesso em: 02 jan 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade.** Brasília, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2, anexo XL, 28 de setembro de 2017.** Dispõe sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Brasília, 2017a. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXL>. Acesso em: 27mai 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 648, de 28 de Março de 2006.**

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível

em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 13 jul 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 01 set 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.**

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 20 mai 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, 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). Brasília, 2011.

Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 20 jul 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual Técnico 2018 - **Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS – PRO EPS-SUS.** Brasília, 2018.

BRASIL. 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, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 fev. 2004.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em:

<<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 07 jun 2021.

CAMPOS, K. F.C.; SENA, R.R.; SILVA, K.L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017.

CARDOSO, I. M. "Rodas de Educação Permanente" na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 21, supl. p. 18-28, 2012.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 9, n. 16, p. 161–168, 2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>>. Acesso em: 24 out 2021.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**. v.6, n.3, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/VdPNdYy66RSD7QwqWVHYsxj/?lang=pt>>. Acesso em: 28 jul 2022.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 22, supl.1, 2018. Disponível em: <https://homologacaoead.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/24650/mod_resource/content/6/Arquivo%20novo%204.pdf>. Acesso em: 06 set 2021.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução a Teoria da Administração**. Associação Brasileira de Direitos Reprográficos. 9ª Edição, Manole Ltda., 2014.

CORRÊA, G. C. G.; CAMPOS, I. C. P.; ALMAGRO, R. C. Pesquisa-ação: Uma abordagem prática de pesquisa qualitativa. **Ensaios Pedagógicos**. Sorocaba, v. 2, n.1, p. 62-72, 2018. Disponível em: <<http://www.ensaiospedagogicos.ufscar.br/index.php/ENP/article/view/60>>. Acesso em: 13 jul 2021.

DELUIZ, N. Modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico SENAC**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 13-25, set./dez. 2001.

DONNANGELO M.C.F. Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho São Paulo: Pioneira; 1975.

DONNANGELO MC, PEREIRA L. Saúde e sociedade São Paulo: Duas Cidades; 1976.

ESPOSTI, C. D. D.; FERREIRA, L.; SZPILMAN, A. R. M.; CRUZ, M. M. O papel da Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária e a pandemia de COVID-19. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. Vitória, v. 22, n.1, p. 4-8, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/33685/22354>>. Acesso em: 13 nov 2022.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847- 852, 2014.

FARIA, H. **Processo de trabalho em saúde**. Nescon/UFMG, Belo Horizonte: 2ª ed, 2009. 68p.

FERRAZ, F. et al. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2012.

FERREIRA, L.; BARBOSA, J. S. A.; ESPOSTI, C. D. D.; CRUZ, M. M. Educação Permanente em Saúde na Atenção primária: Uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 07 dez 2022.

FIGUEREDO, R. C.; CELESTINO, K. A. A.; MORAES, C. R. F.; Figueiredo, I. I S. Desafios e Perspectivas na Educação Permanente em Saúde desenvolvida na Atenção Primária: uma revisão bibliográfica. **Revista Científica do ITPAC**. V.7, n. 4, p. 1-7, 2014. Disponível em: <https://assets.unitpac.com.br/arquivos/Revista/26/Artigo_8.pdf>. Acesso em 01 jan 2023.

FONSECA AF, MENDONÇA MH. Avaliação e políticas públicas de saúde: reflexões a partir da atenção básica. In: Guizardi F, Nespoli G, Cunha ML, et al., (orgs). **Políticas de Participação e Saúde**. 1ed. Recife: Editora Universitária-UFP, 2014, p. 197-224.

FONTANA, R. T.; THOMAS, L. S.; HESLER, L. Z.; GUIMARÃES, C. A. A Educação Permanente em Saúde na Prática das Enfermeiras. **Revista Contexto & Saúde**. v. 21, n. 44, p. 236-252, 2021. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/11813-Texto%20do%20artigo_-55762-1-10-20220217%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/11813-Texto%20do%20artigo_-55762-1-10-20220217%20(1).pdf)>. Acesso em: 18 dez 2022.

GIOVANELLA L, ALMEIDA PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cad Saúde Pública**, n. 33, spp: 2, p. 1-21, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/BkZJXCKLpLBYPxPs7HVYbG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 fev 2023.

GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 575-625, 2008.

GONDIM, G.M.M. Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes. Tese de Doutorado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17935>.

GUIMARÃES EMP, MARTIN SH, RABELO FCP. Educação Permanente em Saúde: Reflexões e desafios. **Cienc. enferm**. [internet]. 2010 [acesso em 2021 set 20]; 16(2):25- 33. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n2/art_04.pdf>. Acesso em: 28 out 2021.

HABERMAS, J. Teoria do Agir Comunicativo: racionalidade da ação e racionalização social. Tradução Paulo Astor Soethe. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. vol. 1

HEIMANN, L. S. et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 16, n. 6, p. 2277-2887, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=25&dados=11>>. Acesso em: 24 mai 2021.

JESUS, M. V. N.; RIBEIRO, L. C. C.; ARAÚJO, A. Educação permanente: práticas, motivações e desafios de egressos de uma especialização em saúde da família. **Com. Ciências Saúde**. V. 31, n. 1, p. 105-113, 2020. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ojs,+577-FINAL.pdf>>. Acesso em: 02 jan 2023.

JÚNIOR, J. P. B.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cad. Saúde Pública**. v. 33, n. 9, set., 2017.

KRUG, S.B.F. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Textos & Contextos**, v. 9, n. 1, p. 77-88, 2010.

LEITE, C. M.; PINTO, I. C. M.; FAGUNDES, T. L. Q. Educação Permanente em Saúde: Reprodução ou Contra-hegemonia? **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 18, n. suppl 1, p. 1-15, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/4BZcBgr5mXVpkqQygzM9hrG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 02 dez 22.

LEITE, L.S.; ROCHA, K.B. Educação Permanente em saúde: Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. **Estudos de Psicologia**. v. 22, n. 2, p. 2013-213, abr./jun., 2017.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. **Ciênc. Saúde Colet**. v.6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**. v. 22, n. 140, p. 44-53, 1932.

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 ciênc saúde**. V. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

MACEDO, W. T. P. et al. The nursing professionals' engagement to educational practices. **Rev. pesquis. cuid. fundam.** v. 11, n. 4, p. 1058-1064, jul., 2019.

MARX K. O Capital. 14ª ed. São Paulo: Bertrand Brasil; 1994. v.1.

MATTA, G. C. A.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 03 jan 2023.

MELO, C. M. M. et al. Trabalho. In: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. (org). **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**. v. 1. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. 308p.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro. v. 42, n. 1, p. 38-51, 2018. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/pt>>. Acesso em: 20 jul 2021.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec; 1994.

MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em:<<http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>>. Acesso em: 15 fev 2022.

MORAES, R. S.; HIGA, E. F. R.; MORAES, M. A. A. Educação Permanente nas Unidades de Saúde da Família: compreensão da equipe multiprofissional. **Revista o mundo da Saúde**. V. 46, p. 232-239, 2022. Disponível em: <<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1363/182>>. Acesso em: 02 jan 2023.

MORAES, R. S.; MORAES, M. A. A.; HIGA, E. F. R.; LAZARINI, C. A.; PINTO, A. A. M. Fatores que Facilitam e Dificultam a Atividade de Educação Permanente em Saúde. **New Trends in Qualitative Research**. V. 8, p. 778-786, 2021. Disponível em:<[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/88_CIAIQ2021_FPaper_S_134%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/88_CIAIQ2021_FPaper_S_134%20(1).pdf)>. Acesso em: 01 jan 2023.

MORGAN, D. Focus groups. **Annual Review of Sociology**. V. 22, p129-152, 1996.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 jan 2023.

Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de Salud. La Capacitación del Personal de los Servicios de Salud en Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma Sectorial. Washington (DC): OPS/OMS; 2002. 91p. (Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud n. 3).

PAULINO, V.C.P.; VIAIANA, D.; DUZ, E.G.; LEITE, G.R.; STHAL, H. G.; PEREIRA, A. C. S.; FERRI, L. P. educação e saúde - Dossiê de Enfermagem. **Revista eletrônica graduação/pós graduação em educação UFG/REJ**. V.14, n. 4, p. 1-24, 2018. Disponível em: < <https://revistas.ufg.br/rir/article/view/54945/26714>>. Acesso em: 20 dez 2022.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C.R.G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 265-71, 2009.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 29 out 2021.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Rev de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, supl.1, p. 1-20, 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?lang=pt>>. Acesso em: 06 set 2021.

PEIXOTO, L. S.; GONÇALVES, L. C.; COSTA, T. D.; TAVARES, C. M. M.; CAVALCANTI, A. C. D.; CORTEZ, E. A. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería Global**. V. 29, n. 1, p. 324-339, 2013. Disponível em: < https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf>. Acesso em: 02 jan 2023.

PEREIRA, L. A.; SILVA, K. L.; ANDRADE, M. F. L. B.; CARDOSO, A. L. F. Educação Permanente em Saúde: Uma prática possível. **Rev. Enferm. UFPE**. Recife, v. 12, n. 5, p. 1469-1479, 2018. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231116/29010>>. Acesso em: 29 nov 2022.

PINHEIRO, G. E. W.; AZAMBUJA, M. S.; BONAMIGO, A. W. Facilidade e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 4, p. 187-197, 2018. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe4/187-197/pt>>. Acesso em: 02 dez 2022.

- PRALON, J. A.; GARCIA, D. C.; IGLESIAS, A. Educação permanente em saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**. V. 10, n. 14, p. 1-18, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/22015-Article-265945-1-10-20211104.pdf>. Acesso em: 01 jan 2023.
- PERES, C.; SILVA, R. F.; BARBA, P. C. S. D. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. V. 14, n. 3, p. 783-801, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/FgQKkKbJBwSK7SWC5hLHyGJ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 jan 2023.
- PERUZZO, H. E.; BEGA, A. G.; LOPES, A. P. A. T.; FERNANDEZ, M. C.; HADDAD, L.; PERES, A. M.; MARCON, S. S. Os desafios de se trabalhar em equipe na Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery**. V. 22, n. 4, p. 1-9, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/z3wYmgZ93bGtBMD8HVKRtVt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 03 març 2023.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Estrutura do projeto de pesquisa**. In: Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. p. 120-41.
- QUINTANA, Pedro; ROSCHKE, M. Alice; RIBEIRO, Eliana Cláudia. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. In: HADDAD, Q. J. et al. Educación permanente de personal de salud. Washington: OPS, 1994.
- RAMOS, M.N. Conceitos básicos sobre o trabalho. In: Ramos, M.N. O processo histórico do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p. 27-56.
- RAMOS, R. S. A Enfermagem Oncológica no Enfrentamento da Pandemia de Covid-19: Reflexões e Recomendações para a Prática de Cuidado em Oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66 (Tema atual), p. 1-5, 2020. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1007/618>>. Acesso em: 04 març 2023.
- RIBEIRO, Antônio de Lima. **Teorias da Administração**. 3ª Ed. Saraiva, 2016.
- RIOS, M. O.; NASCIMENTO, M. A. A. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: (des)articulação das relações entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários. **Enfermagem Brasil**. V. 17, n. 5, p. 428-435, 2018. Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1078/4123>>. Acesso em: 23 jan 2023.
- SANTOS, A. M. et al. Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na estratégia saúde da família. **Rev. APS**, v. 18, n.1, p. 39-49, jan/mar, 2015.
- SILVA, A. C. C.; SOUZA, I. M. A Importância do Processo de Educação Permanente em Saúde para a Formação Profissional. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**. Bahia. v. 2, n. 2, p. 01-11, set., 2015.

SILVA, A. L.; SANTOS, J. S. A potencialidade da Educação Permanente em Saúde na Gestão da Atenção Básica em Saúde. **Revista Saúde em Redes**. V. 7, n. 2, p. 1-14, 2021. Disponível

em:<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/admin,+A+Potencialidade+da+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde+na+Gest%C3%A3o+da+Aten%C3%A7%C3%A3o+B%C3%A1sica+em+Sa%C3%BAde%20(1).pdf>. Acesso em: 03 març 2023.

SILVA, A. N et al. Limites e possibilidades do ensino à distância (EAD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 20, n. 4, p. 1099-1107, 2015.

SILVA, J. F.; MOREIRA, C. O. F.; SILVA, T. F.; NADCIMENTO, V. F.; ROJAS, F. L. L.; SOUZA, R. A. Educação permanente em saúde no contexto de uma unidade de saúde da família no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. V. 12, n. 9, p. 1-7, 2020. Disponível em:
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/4327-Artigo-48629-2-10-20200925.pdf>. Acesso em: 02 jan 2023.

SILVA, K.J. Best practices in nursing and their interface with the expanded family health and basic healthcare centers. **Texto & contexto**, v. 29, p. 1-13, 2020.

SILVA, L. A. A.; LEITE, M. T.; PINNO, C. Contribuições das comissões de integração ensino-serviço na educação permanente em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. V. 12, n. 2, p. 403-424, 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/Bz7nsssFy3cXQRt3fRwzb8d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 jan 2023.

SILVA, M. M.; RIBEIRO, D. K.; CARBOGIM, F. C.; MAGALHÃES, L. C.; FARAH, B. F.; CASTRO, E. A. B.; CAVALCANTE, R. B.; FRIEDRICH, D. B. C. A educação permanente em saúde na qualificação dos profissionais: revisão integrativa. *In*: VIEIRA, S. L. **Gestão do Trabalho, Educação e Saúde desafios agudos e crônicos**. Científica digital, 2021, p. 1-320. Disponível em:
<https://downloads.editoracientifica.com.br/books/978-65-87196-82-4.pdf>. Acesso em: 30 dez 2021.

SILVA, R. S.; SANTOS, T. S.; RAMOS, W.T.; BARREIRO, M. S. C.; MENDES, R. B.; FREITAS, C. K. A. C. Desafios da educação permanente na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Saúde Coletiva**. Barueri, v. 11, n. 65, p. 6324–6333, 2021. Disponível em:
<https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1615#:~:text=M%C3%A9todo%3A%20Trata%2Dse%20de%20uma,selecionados%2010%20artigos%20para%20an%C3%A1lise>. Acesso em: 02 jan 2023.

SOARES, R. S.; OLIVEIRA, F. P.; MELO NETO, A. J.; BARRETO, D. S.; CARVALHO, A. L. B.; SAMPAIO, J.; FIGUEIREDO, A. M. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-8, 2018. Disponível em:
<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1629/900>. Acesso em: 23 jan 2023.

SORATTO, J.; PIRES, D. E. P.; TRINDADE, L. L.; OLIVEIRA, J. S. A.; FORTE, E. C. N.; MELO, T. P. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto contexto enfermagem**. V. 26, n. 3, p. 1-11, 2017.

Disponível

em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/94HTCtXHwtVfGQRwsTfvXGH/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 27 fev 2023.

SOUSA, F. M.S.; SEVERO, A. K. S.; FÉLIX-SILVA, A. V.; AMORIM, A. K. M. A. Educação interprofissional e educação permanente em saúde como estratégia para a construção de cuidado integral na Rede de Atenção Psicossocial. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, 2020. Disponível em <https://media.proquest.com/media/hms/PFT/1/2pSCA?_s=Ps1tdRU%2FRvo23m9QN2e9uX85GB8%3D>. Acesso em: 28 mai 2021.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 14 jul 2021.

TAVARES, M. C. **Gestão Estratégica**. Atlas AS, 2008

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa ação**. 18. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.

UNESCO. Educação: Um tesouro a descobrir – Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI [internet]. São Paulo: Cortez; 1998 [acesso em 2021 set 20]. Disponível em: <http://dhnet.org.br/dados/relatorios/a_pdf/r_unesco_educ_tesouro_descobrir.pdf>. Acesso em: 29 out 2021.

VENDRUSCOLO, C. et al. Contribuições da educação permanente aos núcleos ampliados de saúde da família. **Esc Anna Nery**, v. 24, n. 3, p. 2-8, 2020.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA-RENASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - Coordenadores

Este é um convite para você participar da pesquisa: Educação Permanente no cotidiano das equipes da atenção básica: Percepção-ação dos profissionais, que tem como pesquisador responsável Licaonia Mara de Souza.

Esta pesquisa pretende analisar a percepção de profissionais da Atenção Básica do município de Sousa/PB sobre Educação Permanente em Saúde.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é fornecer elementos teóricos e práticos importantes, que servirão para fortalecer a educação permanente no processo de trabalho das equipes do município de Sousa/PB.

Caso decida participar, você participará de duas, das 4 etapas que envolvem a pesquisa. A primeira etapa, consiste na realização do grupo focal com coordenadores da Atenção Básica, será o momento onde a pesquisadora irá explicar as etapas do projeto e será realizada a discussão em grupo, mediante questões disparadoras. Nessa etapa também acontecerá o sorteio das equipes participantes. E a quarta e última etapa que consiste em uma oficina para proposição de Plano de Ação para Fortalecer a EP. Nesta etapa, todos os atores envolvidos serão reunidos para formular um Plano de Ação que fortaleça as práticas de Educação Permanente no município. Durante todo o estudo você será acompanhado (a) e auxiliado (a) pela pesquisadora, podendo sanar qualquer dúvida que venha a surgir ao longo do estudo.

Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos como: Invasão de privacidade; demandar tempo para responder ao questionário e participar da oficina; interferência na rotina; medo de repercussões eventuais. Esses riscos poderão ser minimizados garantindo a liberdade para não responder questões que considere constrangedoras; assegurando o sigilo das informações; sugerindo horários que sejam mais convenientes para que você participe da pesquisa de modo que não comprometa a sua rotina.

Como benefícios da pesquisa você estará contribuindo para melhorar o processo de trabalho da sua equipe através do fortalecimento da educação permanente e consequente melhorar a qualidade da atenção e cuidado prestados aos usuários.

Em caso de complicações ou danos à saúde que você possa ter relacionado com a pesquisa, compete ao pesquisador responsável garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada através da indenização e/ou ressarcimento dos prejuízos ou gastos que a pesquisa venha a ocasionar.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Licaonia Mara de Souza. E-mail: licaonianutri@yahoo.com.br e telefone para contato: (84) 99629-5322.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Alguns gastos pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsado para vocês.

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no telefone (84) 3342-5003, e-mail cep_huol@yahoo.com.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 07h30minh às 12h30 e das 13h30 às 15h00, no Hospital Universitário Onofre Lopes, endereço Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Natal/RN.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável, Licaonia Mara de Souza.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa Educação permanente no cotidiano das equipes da atenção básica: Percepção dos profissionais, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Assinatura do participante da pesquisa



Impressão
datiloscópica do
participante

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo Educação permanente no cotidiano das equipes da atenção básica: Percepção dos profissionais, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Sousa/PB, ___/___/___.

Licaonia Mara de Souza

CPF: 065834944-93

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA-RENASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - Profissionais

Este é um convite para você participar da pesquisa: Educação Permanente no cotidiano das equipes da atenção básica: Percepção-ação dos profissionais, que tem como pesquisador responsável Licaonia Mara de Souza.

Esta pesquisa pretende analisar a percepção de profissionais da Atenção Básica do município de Sousa/PB sobre Educação Permanente em Saúde.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é fornecer elementos teóricos e práticos importantes, que servirão para fortalecer a educação permanente no processo de trabalho das equipes do município de Sousa/PB.

Caso decida participar, você participará de três, das quatro etapas da pesquisa. A segunda etapa da pesquisa, a qual consiste na participação de um grupo focal com os profissionais que compõem a equipe da Estratégia de Saúde da Família e equipe de Saúde Bucal da sua unidade, onde será um momento de discussão mediada pela pesquisadora, através de questões norteadoras. A terceira etapa, que consiste em roda de conversa para a devolutiva do resultado do grupo focal, acontecerá por meio do envio, pela pesquisadora, de 02 documentos no formato google forms, para que cada participante analise os resultados e possam sugerir ajustes. A quarta etapa consiste em uma oficina para proposição de Plano de Ação para Fortalecer a EP. Nesta etapa, todos os atores envolvidos serão reunidos para formular um Plano de Ação que fortaleça as práticas de Educação Permanente no município.

Durante todo o estudo você será acompanhado (a) e auxiliado (a) pela pesquisadora, podendo sanar qualquer dúvida que venha a surgir ao longo do estudo.

Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos como: Invasão de privacidade; demandar tempo para responder ao questionário e participar da oficina; interferência na rotina; medo de repercussões eventuais. Esses riscos poderão ser minimizados garantindo a liberdade para não responder questões que considere constrangedoras; assegurando o sigilo das informações; sugerindo horários que sejam mais convenientes para que você participe da pesquisa de modo que não comprometa a sua rotina.

Como benefícios da pesquisa você estará contribuindo para melhorar o processo de trabalho da sua equipe através do fortalecimento da educação permanente e conseqüente melhorar a qualidade da atenção e cuidado prestados aos usuários.

Em caso de complicações ou danos à saúde que você possa ter relacionado com a pesquisa, compete ao pesquisador responsável garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será

prestada através da indenização e/ou ressarcimento dos prejuízos ou gastos que a pesquisa venha a ocasionar.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Licaonia Mara de Souza. E-mail: licaonianutri@yahoo.com.br e telefone para contato: (84) 99629-5322.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Alguns gastos pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsado para vocês.

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no telefone (84) 3342-5003, e-mail cep_huol@yahoo.com.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 07h30minh às 12h30 e das 13h30 às 15h00, no Hospital Universitário Onofre Lopes, endereço Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Natal/RN.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável, Licaonia Mara de Souza.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa Educação permanente no cotidiano das equipes da atenção básica: Percepção dos profissionais, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Assinatura do participante da pesquisa



Impressão
datiloscópica do
participante

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo Educação permanente no cotidiano das equipes da atenção básica: Percepção dos profissionais, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Sousa/PB, ___/___/___.

Licaonia Mara de Souza

CPF: 065834944-93

APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA-RENASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ E/OU
REGISTRO DE IMAGENS (FOTOS E/OU VÍDEOS)**

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: Educação Permanente no cotidiano das equipes da atenção básica: Percepção-ação dos profissionais, que tem como pesquisadora responsável Licaonia Mara de Souza. Esta pesquisa pretende analisar a percepção de profissionais da Atenção Básica do município de Sousa/PB sobre educação permanente em saúde. O motivo que nos leva a fazer este estudo é fornecer elementos teóricos e práticos importantes, que servirão para fortalecer a educação permanente no processo de trabalho das equipes do município de Sousa/PB.

Gostaríamos de solicitar sua autorização para efetuar a gravação de voz e/ou o registro de fotos e/ou vídeos, concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados com os seguintes direitos:

1. Ter acesso às fotos e/ou vídeos e/ou à gravação e transcrição dos áudios;
2. Ter a garantia que as fotos e/ou vídeos e/ou áudios coletadas serão usadas exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas e eventos científicos;
3. Não ter a identificação revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas, utilizando mecanismos para este fim (tarjas, distorção da imagem, distorção da voz, entre outros).
4. Ter as fotos e/ou vídeos e/ou áudios obtidos de forma a resguardar a privacidade e minimizar constrangimentos;
5. Ter liberdade para interromper a participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse das fotos e/ou vídeos.

Você não é obrigado a permitir o uso das suas fotos e/ou vídeos e/ou áudios, porém, caso aceite, será de forma gratuita mesmo que imagens sejam utilizadas em publicações de livros, revistas ou outros documentos científicos.

As fotos e/ou vídeos e/ou áudios coletados serão: Vídeo da gravação da oficina em formato remoto que terá a duração máxima de duas horas.

Consentimento de Autorização de Uso de Imagens (fotos e/ou vídeos)

Após ter sido esclarecido sobre as condições para a minha participação no estudo, eu, _____ autorizo o uso de:

- Minhas imagens (fotos e/ou vídeos)
- minha voz
- minhas imagens (fotos e/ou vídeos) e minha voz

Sousa/PB, ___/___/___ .

Assinatura do participante da pesquisa



Impressão
datiloscópica
do participante

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO A



NEPS

Núcleo de Educação Permanente em Saúde
Rede Escola SUS – SOUSA/PB

PREFEITURURA MUNICIPAL DE SOUSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
REDE ESCOLA SUS SOUSA/PB

CARTA DE ANUÊNCIA

Esclarecimentos

Esta é uma solicitação para realização da pesquisa intitulada Educação permanente no cotidiano das equipes da atenção básica: Percepção-ação dos profissionais, pela pesquisadora Licaonia Mara de Souza. Será utilizada a seguinte metodologia: Estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, tendo como desenho a pesquisa-ação, os participantes serão coordenadores da Atenção Básica e profissionais de 7 (sete) equipes Atenção Básica, sendo 3 (três) Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 3 (três) equipes de Saúde Bucal e 1 (uma) equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Essas equipes serão escolhidas mediante sorteio. O método de coleta de dados será por meio de grupos focais, formulários eletrônicos e oficina. Os objetivos principais são: Analisar a percepção de profissionais da Atenção Básica do município de Sousa/PB sobre educação permanente em saúde; descrever as percepções teórico-práticas dos profissionais quanto à Educação Permanente; identificar processos educativos desenvolvidos na vivência cotidiana das equipes; destacar potencialidades e dificuldades da EP na Atenção Básica; elaborar proposta de plano de ações para fortalecer ações de EPS nas Equipes da ESF. Necessitando portanto da concordância e autorização institucional para a realização das etapas: grupo focal com os coordenadores da AB (etapa 1); grupo focal com os profissionais das equipes participantes do estudo (etapa 2); roda de Conversa para devolutiva dos resultados dos grupos focais (etapa 3) e oficina para proposição de Plano de Ação para Fortalecer a EP (etapa 4).

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, de acordo com as Resoluções nº 466/2012 - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que tratam da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.

Rubrica do responsável pela Instituição

[Assinatura]
Diretor(a) de Saúde
SMS Sousa/PB



NEPS

Núcleo de Educação Permanente em Saúde
Rede Escola SUS – SOUSA/PB

Destacamos que de acordo com a Resolução 580/2018 no Art. 5º do CAPÍTULO II (Dos aspectos éticos das pesquisas com seres humanos em instituições do SUS), os procedimentos da pesquisa NÃO IRÃO INTERFERIR na rotina dos serviços de assistência à saúde e/ou nas atividades profissionais dos trabalhadores.

Licaonia Mara de Souza

Pesquisadora Responsável
Licaonia Mara de Souza
CPF: 065834944-93

Consentimento

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia desta pesquisa, concordo em autorizar a realização da mesma nesta Instituição que represento Secretaria Municipal de Saúde de Sousa/PB.

Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para realização das etapas supracitadas.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas das Resoluções nº 466/2012 - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e suas complementares.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Sousa/PB, 10 de novembro de 2021.

Kleliana Gomes Pereira

Secretária Municipal de Saúde
Amanda Oliveira da Silveira Marques Dantas
CNPJ: 05.626.697/0001-24

Kleliana Gomes Pereira
Diretora de Educação em Saúde
SUS / Sousa-PB

Rubrica do responsável pela instituição

ANEXO B

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO-AÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Pesquisador: Licaonia Mara de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53287921.0.0000.5292

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.173.621

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Mestrado Profissional em Saúde da Família do Nordeste. Será desenvolvida uma pesquisa-ação, quantitativa de natureza descritiva com um grupo de 40 participantes, constituídos por coordenadores e profissionais da Atenção Básica do município de Sousa-PB. A coleta de dados será realizada em quatro etapas:

1ª etapa: Grupo focal com os coordenadores da Atenção Básica (AB);

2ª etapa: Grupo focal com os profissionais das equipes;

3ª etapa: Roda de Conversa - devolutiva dos resultados dos grupos focais;

4ª etapa: Oficina para proposição de Plano de Ação para Fortalecer a Educação Permanente (EP).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Analisar a percepção de profissionais da Atenção Básica do município de Sousa/PB sobre Educação Permanente em Saúde (EPS).

Objetivos secundários: Descrever as percepções teórico-práticas dos profissionais quanto à Educação Permanente (EP); Identificar experiências de educação permanente desenvolvidas no cotidiano das equipes; Destacar potencialidades e dificuldades da EP na Atenção Básica; Elaborar Plano de Ação para fortalecer a EPS nas Equipes da Equipe de Saúde da Família.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 5.173.621

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Invasão de privacidade; demandar tempo para responder ao questionário e participar da oficina; interferência na rotina; medo de repercussões eventuais. Para minimizar os riscos o pesquisador informa que irá garantir a liberdade para o participante do estudo não responder questões que considere constrangedoras; assegurar o sigilo das informações; sugerir horários que sejam mais convenientes para o participante da pesquisa de modo que a pesquisa não comprometa a sua rotina.

Benefícios: Contribuição para melhorar o processo de trabalho da equipe através do fortalecimento da educação permanente e conseqüente melhorar a qualidade da atenção e cuidado prestados aos usuários

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um projeto com condições de realização com relevância científica, claramente definido em termos metodológicos e logísticos, caracterizando exequibilidade na proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considerando a resolução CNS n° 466/12, todos os termos de apresentação obrigatória estão presentes no projeto.

Recomendações:

- O CEPHUOL/UFRN informa ao pesquisador que está em vigor a Lei Geral de proteção de dados- LGPD, e, vem reforçar a orientação que a aludida Lei dispõe sobre a responsabilidade na proteção e guarda dos dados sensíveis coletados e manipulados. Assim reforça-se a importância do sigilo, guarda e consentimento utilização dos dados sob pena de possíveis responsabilizações de dados extraviados ou utilizados indevidamente, bem como aqueles coletados sem a anuência e/ou ciência da sua utilização, ou utilizados para fins diversos daqueles consentidos. O presente aviso tem a finalidade de reforçar à vigência da LGPD e orientar sobre a necessidade guarda e proteção de dados, como medida precaver da possibilidade de responsabilização do pesquisador em caso dados extraviados que estejam sob sua guarda/coleta.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa em questão se enquadra, dentro dos preceitos básicos da ética nas pesquisas que envolvem o ser humano, respeitando às normas e diretrizes regulamentadora regida pela resolução CNS n° 466/2012, estando, portanto, aprovado.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 5.173.621

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1857217.pdf	12/11/2021 21:50:17		Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.pdf	12/11/2021 21:46:27	Licaonia Mara de Souza	Aceito
Outros	NAO_INICIO_DA_PESQUISA.pdf	12/11/2021 21:44:16	Licaonia Mara de Souza	Aceito
Outros	IDENTIFICACAO_PESQUISADOR.pdf	11/11/2021 21:45:20	Licaonia Mara de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_LICAONIASOUZA.pdf	11/11/2021 21:41:59	Licaonia Mara de Souza	Aceito
Outros	TERMO_.pdf	11/11/2021 21:01:59	Licaonia Mara de Souza	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	11/11/2021 20:40:17	Licaonia Mara de Souza	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	11/11/2021 20:27:30	Licaonia Mara de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_PROFISSIONAIS.pdf	11/11/2021 14:59:32	Licaonia Mara de Souza	Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 5.173.621

Justificativa de Ausência	TCLE_PROFSSIONAIS.pdf	11/11/2021 14:59:32	Licaonia Mara de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COORDENADORES.pdf	11/11/2021 14:59:07	Licaonia Mara de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 17 de Dezembro de 2021

Assinado por:
jose diniz junior
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br