



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ**

MARIA DO SOCORRO TEIXEIRA DE SOUSA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES
SEGUNDO OS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
SOBRAL-CE**

SOBRAL-CE

2014

MARIA DO SOCORRO TEIXEIRA DE SOUSA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES
SEGUNDO OS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
SOBRAL-CE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Israel Rocha Brandão.
Coorientador: Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente

SOBRAL-CE

2014

S696e

Sousa, Maria do Socorro Teixeira de

Educação permanente em saúde: desafios e possibilidades segundo os enfermeiros da estratégia saúde da família de Sobral - Ce / Maria do Socorro Teixeira de Sousa. -- Sobral, 2014.

102 f

Orientador: Dr. Israel Rocha Brandão

Coorientador: Dr. José Reginaldo Feijão Parente

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde / Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, 2014.

1. Educação Permanente - Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Enfermeiros. I Brandão, Israel Rocha. II. Parente, José Reginaldo Feijão. III. Universidade Estadual Vale do Acaraú, Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

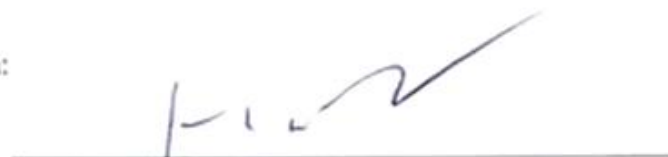
CDD 610

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES
SEGUNDO OS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
SOBRAL-CE**

MARIA DO SOCORRO TEIXEIRA DE SOUSA

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado em 12 de junho de 2014, pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

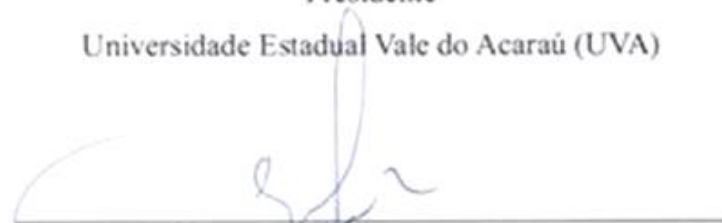
Banca Examinadora:



Prof. Dr. Israel Rocha Brandão

Presidente

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)



Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira

Primeiro Examinador

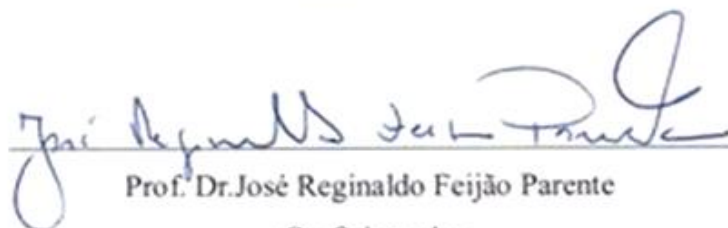
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Segunda Examinadora

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)



Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente

Co-Orientador

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação marca o fim de uma importante etapa da minha vida. Gostaria de agradecer inicialmente a **Deus pela saúde, força e coragem que me deu durante toda esta caminhada do mestrado** e a todos aqueles que contribuíram de forma decisiva para a sua concretização.

Agradeço à Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia e à Secretaria de Saúde de Sobral. Manifesto meu apreço pela possibilidade de realização deste mestrado e por todos os meios colocados à disposição.

Agradeço a todos os professores do mestrado pela presteza e dedicação que tiveram no decorrer do curso, pela excelência da formação.

Aos Professores Israel Rocha Brandão e José Reginaldo Feijão Parente (Orientador e Coorientador, respectivamente) pela disponibilidade, colaboração, conhecimentos transmitidos e capacidade de estímulo ao longo de todo o trabalho.

Agradeço aos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que tão gentilmente se disponibilizaram a participar desta pesquisa.

Quero destacar meus agradecimentos às Professoras Maria Socorro de Araújo Dias e Maristela Osawa Vasconcelos pelo apoio, força e confiança que depositaram em mim.

Meus agradecimentos às pessoas queridas que tiveram grande importância na minha formação profissional e quando eu ainda nem sonhava em fazer um curso de mestrado, já acreditavam que eu seria capaz e ao longo desta trajetória busquei sempre me espelhar um pouco em vocês: a minha sempre tutora Dilma Lucena, ao meu querido mestre Ivandro Sales, as minhas queridas amigas Inês Amaral e Vilani Alves Granjeiro.

Meu profundo agradecimento a minha família, minha mãe pelas suas preces, as minhas filhas Luzia Hermínia e Vitória Régia pelo apoio, compreensão e carinho, ao meu grande amigo e esposo Chico pela dedicação irrestrita. Vocês foram minha âncora nesta jornada. Agradeço também a você Estevão Ponte pelas contribuições nos momentos difíceis.

Agradeço aos meus colegas de mestrado e principalmente a minha querida amiga Keila Martins, com quem dividi minhas alegrias e tristezas. Aos meus colegas de trabalho, meus residentes que tanto me incentivaram e colaboraram quando busquei apoio.

Por fim, agradeço a Universidade Estadual Vale do Acaraú, à Coordenação do Mestrado, ao secretário Felipe pela sua presteza e apoio e a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para realização deste sonho.

Meus sinceros agradecimentos.

“Ostra feliz não faz pérola”. A ostra, para fazer uma pérola, precisa ter dentro de si um grão de areia que a faça sofrer. Sofrendo a ostra diz para si mesmo: “Preciso envolver essa areia pontuda que me machuca com uma esfera lisa que lhe tire as pontas...” Ostras felizes não fazem pérolas... Pessoas felizes não sentem a necessidade de criar. O ato criador, seja na ciência ou na arte, surge sempre de uma dor, Não é preciso que seja uma dor doída... Por vezes a dor aparece como aquela coceira que tem o nome de curiosidade.

(Rubem Alves)

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) apresenta-se como proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas de atenção à saúde e para a organização dos serviços. O estudo tem como objetivo geral analisar a EPS vivenciada pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Sobral e como objetivos específicos identificar potencialidades e limites da EPS dos enfermeiros da ESF; descrever a percepção dos enfermeiros sobre a EPS; identificar possíveis mudanças nas práticas dos enfermeiros da ESF a partir da EPS; identificar abordagens metodológicas utilizadas na EPS dos enfermeiros da ESF; verificar as contribuições da EPS para o desempenho dos enfermeiros da ESF. A pesquisa é de natureza qualitativa e ocorreu no município de Sobral-Ceará, em 12 Centros de Saúde da Família. Os sujeitos foram 20 enfermeiros com tempo de atuação igual ou superior a dois anos na ESF, critério de inclusão da pesquisa. Os dados foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), respeitando os princípios éticos que envolvem seres humanos. O tratamento do material empírico foi orientado pela análise temática de conteúdo. Os resultados desvelam que as práticas de Educação Continuada (EC) são entendidas como Educação Permanente, que houve mudanças importantes nas práticas dos sujeitos, como desenvolvimento de habilidades, capacidade para seguimento de protocolos clínicos, crescimento pessoal e profissional. As fragilidades são: ausência da Educação Permanente Saúde nos locais de trabalho, falta do planejamento participativo, pouca sistematização, desarticulação com os serviços, temáticas pouco significativas, excesso de profissionais nos encontros, ausência de abordagens que promovam mudanças de atitudes. A Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) e a divisão dos territórios por macroárea de saúde potencializam a EPS. Nas abordagens metodológicas, a interação com o facilitador é importante para o êxito do processo de ensino aprendizagem. A metodologia tradicional é bem acolhida, mas existe a proposição de incluir com maior frequência as metodologias problematizadoras. Desse modo, a EPS vivenciada pelos enfermeiros da ESF de Sobral passa por desafios que requer novas estratégias técnicas, políticas e pedagógicas. É preciso, no entanto uma reorganização do processo para se consolidar novas práticas educacionais de saúde.

Palavras-chave: Educação Permanente. Enfermeiros. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The Continuing Education in Health (CEH) was introduced as a proposed strategic action able to contribute to the transformation of educational processes, the pedagogical practices of health care and the organization of services. The general objective of the study is to analyze the CEH experienced by nurses of the Family Health Strategy (FHS) of Sobral and specific, identifying the potential and limits of the Continuing Education in Health from the Family Health Strategy's Nurses; describe the nurses' perception of the CEH; identify possible changes in the practices of FHS's nurses from the CEH; identify methodological approaches used in Continuing Education in Health from the FHS's nurses; verify the contributions of CEH to the performance of FHS's nurses. The research is qualitative in nature and occurred in the municipality of Ceará/Sobral, 12 Family Health Centers. The subjects were 20 nurses with actuation time less than two years at FHS, inclusion criteria for the study. The data was produced by a semi-structured interview. The research protocol was approved by the Ethics Committee in Research of the State University Valley Acaraú (UVA), respecting ethical principles involving humans. The treatment of the empirical material was guided by thematic content analysis. The results show that the practices of Continuing Education (CE) are taken as Permanent Education; there were major changes in professional practices such as skill development, ability to follow clinical protocols, personal and professional growth. The weaknesses are the absence of Continuing Education in the Health workplaces, lack of participatory planning, few systematization, and disarticulation with services, thematic minor, and excess of professional in meetings, lack of approaches that promote changes in attitudes. The Visconde de Saboia School of Education in Health Family (EFSFVS) and the division of the territories into macro healthcare potentiate the CEH. In methodological approaches, the interaction with the facilitator is important to the success of the teaching learning process. The traditional approach is welcome, but there is proposal to include more often the problem-solving methodologies. Thus, the CEH experienced by FHS's nurses of Sobral, goes through challenges that requires new techniques, teaching strategies and policies. However, it is necessary a reorganization process to consolidate new educational health practices.

Keywords: Continuing Education; nurses; Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	–	Mapa de Sobral	22
Quadro 1	–	Diferenças entre EPS e EC	32
Quadro 2	–	Cenário da Pesquisa	52
Quadro 3	–	Distribuição dos enfermeiros da ESF de Sobral	53
Quadro 4	–	Caracterização dos sujeitos	57
Quadro 5	–	Categorias Gerais da Análise	59
Quadro 6	–	Percepção dos Enfermeiros	59
Quadro 7	–	Falas sobre as percepções	60
Quadro 8	–	Transformação das Práticas	63
Quadro 9	–	Falas sobre transformações	64
Quadro 10	–	Aspectos que interferem na EPS	69
Quadro 11	–	Falas sobre o que interferem	71
Quadro 12	–	Estratégias Metodológicas	81
Quadro 13	–	Falas sobre as metodologias	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica a Saúde
ACE	Agentes de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê de ética e Pesquisa
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EC	Educação Continuada
EFSFVS	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministério
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB/RH	Normal Operacional Básica de Recursos Humanos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OCDE	Organização para Cooperação no Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Atenção a Saúde
PEPS	Polos de Educação Permanente em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SEGTS	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde

UNESCO Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

UVA Universidade Estadual Vale da Acaraú.

SUMÁRIO

1 A DINÂMICA DA TRAJETÓRIA PESSOAL E O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	13
1.1 Contextualizando o objeto de estudo	14
1.2 O enfermeiro na Estratégia Saúde da Família	19
1.3 Sobral, um cenário de mudanças de práticas em saúde.....	21
2 CONSTRUINDO AS BASES TEÓRICAS PARA O ESTUDO	27
2.1 A educação e o trabalho em saúde.....	27
2.2 Educação Permanente em Saúde: uma breve descrição da sua origem e trajetória	32
2.3 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: dos primeiros passos aos dias atuais.	38
2.4 A Educação Permanente em Saúde como estratégia para transformação da prática	43
2.5 A Educação Permanente em Saúde no contexto do Sistema Saúde Escola de Sobral.....	49
3 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA	51
3.1 Abordagem e tipo de estudo	51
3.2 Cenário onde ocorreu a pesquisa.....	51
3.3 Universo da pesquisa.....	53
3.4 Instrumentos para coleta dos dados.....	54
3.5 Procedimentos para a coleta de dados	55
3.6 Procedimentos Éticos da Pesquisa	56
3.7 Caracterizações dos sujeitos da pesquisa	56
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	58
4.1 Definição das categorias de análise.....	58
4.2 Categoria 1: A percepção dos enfermeiros sobre a Educação Permanente em Saúde.....	59
4.3 Categoria 2: Transformações das Práticas dos enfermeiros a partir da Educação Permanente em Saúde.....	63
4.3.1 <i>Conhecimento Técnico Científico</i>	66
4.3.2 <i>Crescimento pessoal e profissional</i>	67
4.4 Categoria 03: Aspectos que interferem na Educação Permanente	69
4.4.1 <i>Fatores que fragilizam a Educação Permanente</i>	74
4.4.2 <i>Fatores que favorecem a EPS</i>	80
4.5 Categoria 04: Metodologias utilizadas na Educação Permanente dos enfermeiros	81
4.5.1 <i>Interação com o facilitador</i>	83
4.5.2 <i>Metodologias tradicionais na EPS</i>	85

4.5.3 Propondo novas metodologias para a EPS.....	86
5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES RUMO À CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA COLETIVA	88
REFERÊNCIAS.....	92
ANEXO A – QUESTIONÁRIO DAS ENTREVISTAS	101
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	102

1 A DINÂMICA DA TRAJETÓRIA PESSOAL E O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

“Ostra feliz não faz pérola. A ostra, para fazer uma pérola, precisa ter dentro de si um grão de areia que a faça sofrer.”

(Ruben Alves)

Ao compreender que todo trabalho de investigação precisa ser entendido à luz de uma dupla contextualização, que é a realidade de ordem subjetiva do autor pesquisador (experiência adquirida, percurso desenvolvido, motivações, interesses, projetos etc.) e o contexto histórico, social, cultural onde este se insere, procuro explicitar as razões que, de um ponto de vista pessoal e profissional me levaram a realizar este trabalho de investigação.

Com uma longa trajetória carregada de muitas histórias, cenas e afetações que, à semelhança ao que diz o poeta Ruben Alves no texto em epígrafe, serviram para serem transformadas em pérolas, tive a oportunidade de encontrar nesta caminhada, divisores de água que me abriram horizontes para novas concepções, interpretações, que deram motivações para continuar.

Atuando como enfermeira na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Sobral durante oito anos, precisei enfrentar muitos desafios que me levaram a várias indagações sobre a organização do processo de trabalho na ESF. Essas indagações foram crescendo a partir da minha aproximação com algumas teorias e ficaram mais afloradas quando ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), meu primeiro divisor de águas, que possibilitou o entendimento de alguns conceitos e visões não percebidas antes, como as necessidades da educação em serviço, o distanciamento existente entre a teoria e a nossa prática.

O segundo divisor de águas foi a minha inserção na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (EFSFVS), inicialmente na função de ¹preceptora de território e, atualmente ²tutora do Sistema Saúde Escola de Sobral, tendo como responsabilidade a educação permanente dos residentes da RMSF e dos profissionais da ESF. As questões que envolvem a formação, a aprendizagem e o desenvolvimento dos profissionais

¹O preceptor de território surgiu a partir da criação da residência multiprofissional, derivando esta da mudança do modelo de atenção à saúde em Sobral, tendo ele, no início, tarefas múltiplas de apoiador, de supervisor, de educador.

² Docente com função de orientador de referência para os profissionais de saúde ou estudantes.

de saúde passaram a ter destaque especial nas minhas reflexões e cotidiano de trabalho. Tem sido uma vivência enriquecedora (na perspectiva pessoal, social e profissional) e tem me possibilitado experienciar, construir novos saberes, levantar interrogações, confrontar com paradoxos e reforçar as minhas necessidades de aprendizagem.

O Mestrado Profissional em Saúde da Família proporcionou-me além de um grande aprendizado a oportunidade de desenvolver uma pesquisa que pudesse contribuir para o aprofundamento das problemáticas que emergem das práticas dos profissionais de saúde.

Portanto, a motivação pelo tema da Educação Permanente em Saúde (EPS) nasce de inquietações e necessidades vivenciadas durante a vida profissional, na prática, na docência, fruto das relações de trabalho, dos ruídos e tensões, e das experiências construídas na ESF.

Embora compreenda a relevância da Educação Permanente em Saúde para todos os trabalhadores da área da saúde, esta pesquisa circunscreve-se à EPS dos enfermeiros da ESF pela minha afinidade e identificação com a categoria.

1.1 Contextualizando o objeto de estudo

A Constituição Federal de 1988 define que as ações e os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), devem obedecer aos princípios e diretrizes da universalidade, integralidade e equidade, numa rede regionalizada, hierarquizada com participação social e descentralização político-administrativa. Compete ao SUS, “[...] ordenar a formação em recursos humanos na área da saúde”, Art. 200 da Constituição Federal. (BRASIL, 1988, p.2.).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu, em 2004, através da Portaria 198/2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Essa política propõe que os processos educativos desses profissionais aconteçam de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar. Partindo do pressuposto da aprendizagem significativa. Essa política sugere ainda que a transformação das práticas profissionais baseie-se na reflexão crítica sobre o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes na rede de serviços de saúde. (BRASIL, 2004b).

O texto base da atual Política Nacional de Educação Permanente avança para as formulações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), tentando incorporar ao seu conceito, uma dimensão organizacional para além de sua dimensão pedagógica. Parte do

pressuposto da aprendizagem significativa e propõe que a transformação das práticas profissionais deve ser baseada na reflexão crítica do seu cotidiano. Propõe também que os processos de capacitação dos profissionais de saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo provocar estas reflexões críticas da sua realidade, da organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. (BRASIL, 2004b)

Cada vez mais se compreende que a saúde é determinada por vários fatores, dentre os quais a educação, o trabalho, o meio ambiente, o acesso aos bens e serviços essenciais, condicionada ao bem-estar físico, mental e social. Vale salientar que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990).

A formação em saúde tem um papel muito importante para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A educação para profissionais que atuam no SUS é considerada instrumento para mudanças e transformações dos serviços de saúde.

As transformações sociais e educacionais têm repercussões nos modos de produzir, nos diferentes campos do saber e de produção de bens e serviços. (BALBINO *et al.*, 2010). O SUS destaca-se nas estratégias e modos de cuidar na atenção à saúde individual e coletiva. Não se trata de formulação geral da formação, mas de estratégias de atenção à saúde em seus modos de ensinar e aprender. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Entretanto, ainda é muito forte a predominância da formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar, a qual fragmenta o estudo dos problemas de saúde e o especializa, dicotomizando a teoria e a prática, expressa principalmente, no ³modelo biologicista e assistencialista, no qual predomina o uso de tecnologias e formação para áreas especializadas, ficando cada vez mais difícil lidar com a subjetividade e as diversidades sociais e culturais da sociedade. A valorização excessiva do conteúdo distancia-se da realidade social e reproduz modelos tecnicistas, não alcançando as reais necessidades de aprendizagem.

Esse modelo tradicional de formação expressa-se frequentemente em nosso cotidiano de trabalho através da educação continuada, a qual se constitui de cursos clássicos de atualizações profissionais, com sobrecarga, padronização, desarticulação com a gestão, reproduzindo-se um modelo hegemônico de atenção à saúde. Ao longo do tempo, percebemos nesses cursos de atualização técnico-científica uma forte insatisfação em relação aos processos de ensino-aprendizagem, pois tal modelo emoldurado desperta, geralmente, uma

³ Modelo biologicista - os problemas de saúde são vistos somente na dimensão individual e biológica.

frustração dos profissionais quando retornam aos serviços e não consegue aplicar os conhecimentos oferecidos pelos cursos, isto é, o conteúdo aprendido não tem aplicabilidade no serviço em que atuam. (BRASIL, 2003b; BRASIL, 2004c).

As ações educacionais na perspectiva da educação continuada apresentam-se isoladas, descontextualizadas e, geralmente, desenvolvidas após a graduação, focalizando atualizações de conhecimentos e aquisição de informações, estabelecidas em métodos de aprendizagem formais, aprimorando e capacitando para potencializar as competências técnicas dos profissionais dentro de um movimento individualista. (SANTANA *et al.*, 2012).

Esse modelo reproduz a não reflexão dos profissionais, a estagnação do modelo de atenção resolutivo, engessando os profissionais e reduzindo-os a meros reprodutores de procedimentos e técnicas, sem uma visão integral e contextualizada no processo de trabalho, aquém da realidade dos problemas e necessidades de saúde da população.

Contrapondo-se a educação continuada, a Educação Permanente em Saúde (EPS) apresenta-se como proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas, de atenção a saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas da gestão e as instituições formadoras. Ao se evidenciar a formação e o desenvolvimento para o SUS, por meio da educação permanente, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial, e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS. (BRASIL, 2004b).

A formação para o SUS não pode tomar como referência apenas a busca ao diagnóstico, ao tratamento, ao prognóstico, à etiologia de doenças, mas sim desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde da população, da gestão setorial e do controle social, proporcionando a autonomia das pessoas, inclusive influenciando na formulação das políticas de cuidado. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Contudo, esse modelo de formação distancia-se muito da nossa realidade, ainda se percebe que a formação dos profissionais de saúde não contempla as necessidades de requeridas para atuação no SUS.

Essa discussão faz-se necessária, pois é preciso desconstruir o modelo hegemônico, substituindo-o pelo modelo assistencial integral e humanístico. Essa reconstrução do modelo implica em mudanças no paradigma de formação profissional para o

SUS, devendo contemplar os princípios e diretrizes do SUS, o conceito de saúde e de doença, processos de trabalho em saúde e suas atividades.

Ao serem identificadas as necessidades de capacitação de cada serviço, podemos atuar nas mudanças essenciais, resultando assim na garantia da aplicabilidade dos conteúdos e sua relevância. A Educação Permanente em Saúde fundamenta-se nas práticas e também nas dificuldades reais vivenciadas pelos profissionais, tendo sua resolução como meta.

Vale salientar que a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos produtos e, principalmente, nas pessoas. São questões técnico-políticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde. Para ser possível, a Educação Permanente em Saúde requer ações no âmbito da formação técnica, na graduação, na pós-graduação, na organização do trabalho, na interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e no controle social. (BRASIL, 2003b).

Com efeito, as relações entre educação e trabalho em saúde assumem posições, estratégias e significados importantes, procurando vencer a dicotomia entre pensar e fazer e integrando habilidades teóricas e práticas. A EPS pretende incorporar o ensinar e o aprender ao cotidiano das organizações e do trabalho. (BALBINO *et al.*, 2010; CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Portanto, a EPS busca constantemente a aprendizagem, possibilitando processos e desenvolvimentos de profissionais de saúde para estarem comprometidos com a assistência, conscientes e responsáveis, inseridos no processo de trabalho e no território, conhecedores do sistema em que atuam no caso o SUS, com suas políticas e ações. (BALBINO *et al.*, 2010).

Ceccim e Feuerwerker (2004) trazem como proposta estratégica para organizações dos serviços e processos formativos e suas práticas a articulação entre o sistema de saúde e as instituições formadoras. Isso porque a Educação no serviço possibilita a qualificação da formação, ordenando a rede de atenção.

Cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

De acordo com a Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004c), a integralidade do atendimento é a referência central para orientar as ações de saúde voltadas,

ao mesmo tempo, para o indivíduo, a família e a comunidade, em grau de complexidade crescente e nos aspectos preventivo, curativo e de promoção. Sua implantação precisa, portanto, estar articulada aos princípios da intersetorialidade com equipes multiprofissionais para romper a formação fragmentada e reafirmar os princípios do SUS.

Nesse sentido, a EPS destina-se à transformação do modelo de atenção, propondo fortalecer a promoção da saúde, para que a atenção integral seja a referência do trabalho visando a autonomia dos sujeitos na produção da saúde.

Portanto, conforme analisam Bertani, Sarreta e Lourenço (2008), a EPS busca a formação de um profissional crítico, criativo, com capacidade para “aprender a aprender”, e que considere a realidade social para oferecer atendimento ético, humanizado e de qualidade, contribuindo para a qualidade do atendimento.

Como eixos norteadores para esses processos de mudança, a Política apresenta a articulação do quadrilátero do SUS: ensino – serviço – gestão – controle social. Ceccim e Feuerwerker (2004, p.47) esclarecem que a importância do ⁴“quadrilátero da formação” tem-se pela relevância da integração, podendo ser uma experiência inovadora com a finalidade de aproximar a formação dos trabalhadores das reais necessidades de saúde. Para os autores compete tanto ao SUS como às instituições formadoras:

[...] coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 46).

Percebemos que a noção quadrilátera da formação congrega processos que precisam ser ativados, motivados para as mudanças necessárias, visto que a formação é diferente da informação, cabendo a primeira o ordenamento das realidades, potencializando seus segmentos. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Merhy (1997) complementa com essa ideia ao afirmar que o trabalho em saúde não se limita a operacionalização de equipamentos e técnicas. Não podemos “inanimar” o objeto da saúde, pois as ações mais resolutivas consistem nos processos do ⁵trabalho vivo em

⁴Segundo Cecim (2004), o quadrilátero da formação é a integração ensino/gestão setorial/práticas de atenção/controle social e propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças.

⁵Segundo Merhy (1997), trabalho vivo em ato é o trabalho humano no exato momento que é executado e que determina a produção de cuidado, diferenciando-se do trabalho morto que é o trabalho feito antes que só chega através de seu produto.

ato, operando as ⁶tecnologias leves (de relações), onde a subjetividade está além de saberes tecnológico.

A formação e a educação permanente em saúde constituem um espaço de contínua reflexão e aprendizagem, recriando a teoria com suporte na prática, construindo o profissional a sua prática. (BRASIL, 2004c; CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

1.2 O enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente denominada Programa Saúde da Família (PSF), surgiu em 1994 por meio de portaria instituída pelo Ministério da Saúde (MS), é uma estratégia de reorganização da saúde no nível da atenção básica, que trouxe grandes desafios e avanços para a saúde do Brasil. (BRASIL, 1998).

Constitui-se, portanto, uma estratégia de implementação de ações focadas no indivíduo, família e comunidade, definidas no Pacto pela Saúde, este realizado entre União, Estados e Municípios, configurando-se uma grande e importante mudança do cenário da saúde no Brasil.

O ⁷Pacto pela Saúde redefiniu as responsabilidades entre as instâncias gestoras pelas ações de promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde da população. A Estratégia de Saúde da Família operacionalizada no âmbito dos municípios define a dinâmica do trabalho prestado pelas equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tem como equipe básica o enfermeiro, o médico, os técnicos ou auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, podendo abranger ainda odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas dentre outros. Acompanha um número definido de famílias, localizadas numa área geográfica delimitada, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos. (BRASIL, 2011).

Aguiar e Moura (2004) relatam que tais ações fundamentam o seu campo de atuação em princípios que buscam solucionar os problemas de saúde no nível local, a partir de prioridades. As soluções devem ser encontradas de forma participativa, envolvendo a população, desde o diagnóstico de necessidades, passando pelo planejamento até a implementação de intervenções. As atividades assistenciais da enfermagem realizadas na ESF

⁶De acordo com Merhy (2000), as tecnologias leves são as tecnologias das relações como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, responsabilização.

⁷ Conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuada com as três esferas de gestão: União, Estados e Municípios e que estabelece metas para cada ente federativo. (BRASIL 2006).

são atividades de demanda programada, isto é, agendadas previamente, a exemplo tem-se consultas, atendimento de pré-natal de baixo risco, exames preventivos, visita domiciliar, acolhimento, grupos educativos, além das atividades burocráticas e administrativas, como o preenchimento de formulários e a supervisão. (FRIEDRICH; PIERANTON, 2006).

O trabalho integrado é fundamental entre aqueles que almejam a realização de ações que atinjam os objetivos do novo modelo assistencial à saúde proposto pela ESF a partir dos problemas de saúde da população. Tal modelo de assistência passa por enfrentamentos, estes refletidos entre outros aspectos, pelo insuficiente conhecimento dos profissionais acerca de estratégias de educação em saúde, uma vez que esta se relaciona diretamente com as ações desenvolvidas no trabalho e não integra os currículos de formação dos profissionais, induzindo à necessidade de capacitá-los previamente a sua atuação na Estratégia Saúde da Família. (FERRAZ, 2011).

Ainda segundo Ferraz (2011), os estudos realizados acerca do conhecimento dos profissionais para atuarem na ESF mostram que é necessário um aprimoramento técnico-científico para médicos e enfermeiros, podemos citar o curso Introdutório do Programa Saúde da Família. Contudo, não bastam apenas querer transformar, implantar novas políticas de assistência à saúde, traçar diretrizes e metas, e não qualificar constantemente os recursos humanos inseridos no processo. O enfermeiro dentre os demais profissionais integrantes da equipe da ESF desempenha importante papel nesse âmbito de trabalho, contribuindo efetivamente para desenvolvimento das ações e do processo ensino-aprendizagem.

A Enfermagem está presente na Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual tem presença obrigatória pela atividade de gerenciamento que realiza na equipe, focado na prevenção, promoção e recuperação da saúde da família e da comunidade.

Os enfermeiros que hoje atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) enfrentam grandes desafios diante da complexidade de problemas que permeiam o seu cotidiano de trabalho. Inseridos num território, junto a sua equipe, assumem a responsabilidade sanitária, desenvolvendo atividades de gerenciamento, atenção e educação em saúde. A Educação Permanente em Saúde procura oferecer ferramentas para o enfrentamento de muitos desses desafios. E para que se coloquem em funcionamento essas ferramentas e se enfrentem esses desafios, exigem-se rigorosidade, compromisso e fundamentação em relação à proposta da Educação Permanente.

1.3 Sobral, um cenário de mudanças de práticas em saúde.

Ao contextualizar o local deste estudo, fazemos o resgate de alguns aspectos históricos e políticos desta cidade, sua reorganização político-administrativa e uma descrição a partir de publicações em fonte primárias e secundárias sobre seu sistema de saúde com foco na Estratégia em Saúde da Família.

A cidade foi fundada por famílias que fugiam da guerra contra os holandeses no século XVII, foi elevada à categoria de vila em 1772 com a denominação de vila distinta e real de Sobral, recebendo foros de cidade em 1841.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2013), Sobral ocupa uma área de 2.129 quilômetros quadrados, tem uma população estimada de 197.613 habitantes e está a uma altitude de 70 metros acima do nível do mar. O clima é quente e seco, com uma temperatura média de 30 graus centígrados.

Situada na região Norte do Ceará, a 235 quilômetros de Fortaleza, a cidade de Sobral apresenta-se como o mais significativo referencial de crescimento e desenvolvimento econômico do interior do Estado, constituindo-se num centro de referência, por sua ampla e moderna estrutura nos setores da saúde, educação, comércio, indústria, serviços, lazer, cultura e arte. (SOBRAL, 2011).

A importância de destacar um pouco a história de Sobral dá-se para que possamos compreender como uma revolução contemporânea no modelo de gestão de uma de suas áreas mais importantes, que aqui neste trabalho é a Saúde, vem gerando mudanças no processo de trabalho do ponto de vista administrativo e assistencial.

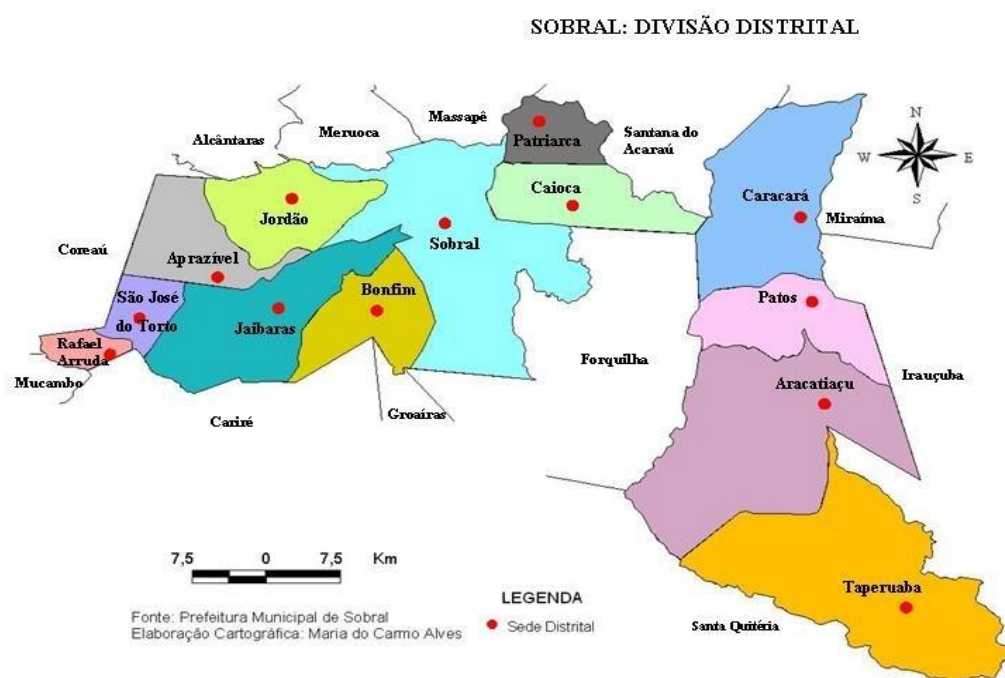
Sobral vem experimentando ao longo dos últimos anos um forte processo de modernização socioeconômica em virtude de abrigar indústrias de grande porte, gerando dessa forma, empregos diretos e indiretos para os sobralenses, aumentando a arrecadação dos cofres públicos e a renda das pessoas. O município também é caracterizado por ser o núcleo do comércio na região Norte, bem como Pólo Universitário: com duas universidades públicas, um instituto tecnológico de ensino superior e várias faculdades particulares, que impulsionam diariamente o movimento pendular de deslocamento de estudantes e professores da região.

Todavia, convém lembrar que esta modernização trouxe além dos benefícios, problemas de ordem social, estrutural para o município, como a exemplo de outros municípios considerados desenvolvidos.

Até o ano de 1996, quase toda a rede dos serviços assistenciais de saúde em Sobral pertencia a entidades filantrópicas, entidades privadas e ao governo estadual. (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000).

O modelo assistencial do município, referência para toda a região, tinha um enfoque exclusivamente centrado na doença, tendo o espaço hospitalar como seu centro de gravidade. Os serviços ambulatoriais de Atenção Básica a Saúde estavam centralizados nos hospitais, apresentando baixa cobertura e pouca ou quase nenhuma resolutividade. Os Postos de Saúde municipais estavam quase todos localizados dentro de escolas municipais, dispondo geralmente de duas pequenas salas, sem maiores condições de funcionamento.

Figura 1 - Mapa de Sobral



Fonte: Sobral (2011).

Em 1997, iniciou-se uma nova gestão municipal, que diante da situação que o município apresentava, percebeu a necessidade de elaborar um Plano Municipal de Saúde como forma inicial de efetivar o Sistema Local de Saúde local.

Ao longo dos anos, o Sistema de Saúde de Sobral tornou-se complexo e expandiu-se significativamente. O município além da disposição de serviços de saúde para atenção primária e secundária, conta com a capacidade de atenção terciária, constituída de serviços ambulatorial e hospitalares especializados de alta complexidade e alto custo, tais como:

serviços de urgência e emergência, atenção à gestante de alto risco, cardiologia, oncologia e neurologia. Tenta garantir o acesso à quimioterapia, à radioterapia, à terapia renal substitutiva, a exames hemodinâmicos, à medicina nuclear, à radiologia intervencionista e a exames de diagnose de maior complexidade. Propõe assegurar também, tratamento intensivo, como serviços de urgências clínicas e cirúrgicas e, traumatologia e ortopedia proveniente de traumas, nas 24 horas. (SOBRAL, 2011).

Assim sendo, Sobral constitui-se um Pólo para sede da Microrregião de Sobral, formada por 24 municípios e para a sede da Macrorregião de Camocim, Tianguá, Crateús e Acaraú. Isso significa que o Sistema de Saúde de Sobral é referência para 55 municípios, abrangendo uma população de aproximadamente 1.600.000 habitantes.

A gestão do Sistema de Saúde de Sobral, em âmbito local, é de responsabilidade da Secretaria da Saúde de Sobral, que adota um modelo de gestão colegiada, formada por todos os coordenadores de sua estrutura administrativa para o planejamento, monitoramento e a avaliação das ações.

Este Sistema de Saúde tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como a principal proposta para compor a atenção básica e o primeiro espaço de aproximação do usuário com o sistema de saúde. É desenvolvida por 48 equipes de Saúde da Família, composta por Médicos, Enfermeiros, Dentistas, Auxiliares de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuando em conjunto com outros profissionais de apoio, como os seis ⁸Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), executam suas atividades com responsabilidade sanitária sobre a comunidade adstrita aos territórios delimitados. Os Agentes de Combate às Endemias (ACE) são também distribuídos de acordo com os territórios das equipes da ESF (SOBRAL, 2011), garantindo atualmente uma cobertura assistencial de 89,2% da população do município (parâmetro com dados da população estimada do IBGE, 2010).

Para viabilização de um modelo de atenção que contemple o exposto acima, requerem-se atitudes e posturas diferenciadas na formação dos profissionais. Daí, o Sistema de Saúde de Sobral desenvolveu um processo de Educação Permanente em Saúde nos seus diversos serviços, conformando um ⁹Sistema de Saúde-Escola com participação das

⁸Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família. (BRASIL, 2009).

⁹Sistema Saúde Escola pode ser definido como um modelo ampliado de organização dos processos de ensino – aprendizagem, integrado à rede local de saúde. Nesta, o conjunto dos fazeres, das experiências acumuladas e reflexões que ocorrem nos territórios de abrangência da Estratégia Saúde da Família.

universidades e a ¹⁰Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (ESFVS), que tem a missão de desenvolver o processo de ensino aprendizagem dos profissionais do Sistema Municipal de Saúde do Município de Sobral, tendo como instrumento a educação permanente.

Dentre os processos de educação permanente desenvolvidos pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (EFSFVS), destacamos a educação permanente dos enfermeiros que de acordo com Sousa *et al.* (2008), a partir do Programa Saúde da Família (PSF), em 1997, as atividades desses profissionais foram ampliadas, no campo de atuação em diferentes ações: o enfermeiro passou a exercer suas funções na gerência, na assistência de enfermagem, nos cuidados domiciliares, na participação comunitária. Responsabilizando-se pelas ações de promoção, prevenção e reabilitação do território, supervisão de agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem. É um profissional que lida com situações complexas da comunidade, que necessita refletir suas práticas e buscar estratégias para melhorar seu processo de trabalho.

Atenta a essa complexidade, a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia tem desenvolvido a EPS destes enfermeiros a partir das necessidades de aprendizagem, em diferentes campos de sua atuação, seja na gestão ou na atenção, a fim de capacitá-los para atuarem na Estratégia Saúde da Família.

Esta pesquisa tenta focar a Educação Permanente em Saúde dos enfermeiros de Sobral, que apesar dos avanços percebemos ainda muitas fragilidades na atuação desses profissionais. A formação e a educação dos enfermeiros necessitam de uma constante revisão para que as perspectivas de trabalho voltadas para a atenção a saúde na ESF sejam alcançadas.

Nessa releitura, buscam-se novas estratégias para a melhoria da atenção à saúde e deve ser realizada tanto pelas instituições quanto pelos trabalhadores para que a educação permanente proponha novas ações no campo da educação em saúde o que orienta para o fortalecimento da relação educação trabalho. (BRUM, 2009).

Em face deste contexto, no qual faço parte, inserida num cotidiano de contradições e possibilidades enquanto tutora do Sistema Saúde Escola de Sobral, levando também em consideração os pressupostos teóricos da Educação Permanente em Saúde, buscamos nesta pesquisa responder as seguintes indagações: Como os enfermeiros compreendem a Educação Permanente em Saúde? A Educação Permanente em Saúde está conseguindo transformar as práticas dos enfermeiros? Que aspectos dificultam e favorecem a

¹⁰ Segundo Andrade *et al.* (2004), a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, inaugurada em 20 de fevereiro de 2002, define sua estrutura administrativa como sendo uma Organização Social.

EPS dos enfermeiros da ESF? As abordagens metodológicas favorecem a reflexão sobre as práticas?

A relevância da pesquisa está em produzir conhecimentos que possam fornecer subsídios para analisar, identificar e propor mudanças no campo da educação em saúde, induzir inovações metodológicas no contexto das práticas que poderão ser desenvolvidas para o fortalecimento do Sistema Saúde Escola de Sobral.

Esta investigação poderá trazer uma significativa contribuição no redimensionamento e reorganização das ações de Educação Permanente em Saúde, potencializando esse processo, uma vez que esses enfermeiros têm papel de grande relevância na estruturação da Estratégia Saúde da Família, denotando assim certa relevância social no fortalecimento das ações desenvolvidas em saúde no município.

Constitui-se, portanto como objetivo geral desta pesquisa, analisar a EPS vivenciada pelos enfermeiros da ESF, e específicos, identificar potencialidades e limites da EPS dos enfermeiros da ESF em Sobral; descrever a percepção dos enfermeiros sobre a EPS; identificar mudanças na prática dos enfermeiros da ESF a partir da EPS; identificar abordagens metodológicas utilizadas na EPS dos enfermeiros da ESF; verificar as contribuições da EPS para o desempenho dos enfermeiros da ESF.

Após o capítulo introdutório, o caminho a ser percorrido durante a leitura desta dissertação, inicia-se com:

Capítulo 2 - Neste capítulo apresentamos as bases teóricas que serviram de referência para o estudo, iniciando com uma breve descrição sobre a educação e o trabalho em saúde trazendo algumas discussões sobre os conceitos de educação permanente em saúde e educação continuada; a origem e trajetória da educação permanente em saúde; a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; a educação permanente em saúde como estratégia para transformação das práticas e em seguida apresentaremos o contexto do Sistema Saúde Escola de Sobral local onde se deu esta pesquisa.

Em seguida, no Capítulo 3, são demonstradas as trilhas metodológicas usadas neste trabalho de investigação. Detalhamos a organização da pesquisa em todas as etapas vivenciadas, desde os critérios de inclusão/exclusão dos participantes, elaboração do instrumento norteador das entrevistas, procedimentos utilizados para a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética e procedimentos de coleta dos dados.

O capítulo 4 desvela e analisa os achados da pesquisa através da análise de conteúdo temático. Está organizado por categorias e subcategorias na qual emergem as falas

dos sujeitos. As categorias gerais de análise são: Percepção da Educação Permanente em Saúde; Transformações das práticas; Aspectos que interferem na Educação Permanente em Saúde; Abordagens metodológicas.

E finalizando as considerações na qual procuramos refletir sobre os caminhos já percorridos e os resultados obtidos.

2 CONSTRUINDO AS BASES TEÓRICAS PARA O ESTUDO

Neste capítulo, serão apresentadas bases teóricas importantes que subsidiarão a discussão, análise e interpretação dos resultados desta pesquisa. Para o alcance dos objetivos propostos, buscamos neste capítulo compreender a relação entre trabalho e educação, os conceitos de educação no trabalho, a origem e a trajetória da educação permanente, como esta se transformou em política pública de saúde, suas diretrizes e concepções. E por último, para uma melhor compreensão do contexto de onde estamos falando, contextualizamos o Sistema Saúde Escola de Sobral através de uma breve descrição.

2.1 A educação e o trabalho em saúde

A educação faz parte dos diversos cenários da vida dos indivíduos, nos sistemas educacionais, no convívio com outras pessoas, nos lugares que se frequenta e no trabalho. Estamos inseridos em uma sociedade que experimenta um processo constante de transformações nos campos de conhecimento científico, técnico, político, econômico, cultural e social. A aprendizagem precisa estar em toda parte, pois não há educação fora das sociedades humanas. (FREIRE, 2007).

Para Freire (1998), a educação não possui o poder de fazer todas as transformações sociais, porém as mudanças na sociedade dependem da educação. Se esta não pode transformar o mundo, pode modificar as pessoas que, ao se admitirem como seres transformadores, podem intervir nas transformações sociais.

Na concepção de Villa (2008), o homem é um ser em construção infinita, é incompleto, necessitando das coisas mais elementares para sobreviver e também do que está fora dele para poder existir. O trabalho mostra-se como o ponto de partida de toda tentativa de compreender o homem, pois é uma atividade essencial para suprir as necessidades da vida humana, realizado em interações objetivas e subjetivas sendo, portanto, o que funda, produz e reproduz o ser social.

Arroyo (1997) identifica a importância de fazer do espaço do trabalho um ambiente educativo. Ao mesmo tempo, o autor problematiza essa questão apontando que, dependendo das condições materiais, físicas e psíquicas às quais está submetido o trabalhador, o trabalho pode se tornar deformador do ser humano:

É a materialidade do espaço onde reproduzimos a nossa existência que nos torna humanos ou desumanos, que nos educa ou deseduca [...] Não adianta querer humanizar o trabalhador se o espaço o desumaniza. (ARROYO, 1997, p. 65).

Portanto, o trabalho é um local de formação do ser humano, que ocorre num processo intra e interpessoal, sempre com várias facetas, onde os trabalhadores, pela sua própria experiência no trabalho, adquirem um conhecimento contínuo sobre o seu fazer, em que os saberes envolvidos no cotidiano, envolvem um conjunto de saberes produzido no trabalho. (VILLA, 2008, p. 16).

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Essa aproximação propõe transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Essa perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe de trabalho. (BRASIL, 2009a).

Este estudo considera o trabalho na saúde como um espaço individual e coletivo capaz de construir conhecimento para além do técnico-científico, necessário para o trabalhador exercer sua função.

Associamos a educação e o contexto laboral aos processos de desenvolvimento pessoal, profissional, social e cultural, entendendo a educação no trabalho como ferramenta que intensifica as maneiras de saber e fazer individuais, profissionais e organizacionais. Empregamos a conceituação de que a educação é um processo que ultrapassa o de ensinar, instruir, treinar; é essencialmente um processo de formação que precisa estimular a curiosidade, desenvolver a autonomia crítica e criativa do sujeito histórico competente. “É preciso reconhecer que somos seres condicionados e não determinados.” (FREIRE, 2000, p. 21).

Nessa linha de pensamento, Morin (2000) refere que a educação no trabalho busca romper com o conformismo diante das ideias transferidas ou impostas, superar a rotina que gera vazio, imobiliza e afronta a capacidade crítica e criadora dos trabalhadores.

A apropriação que o saber próprio dos trabalhadores, oriundos do seu fazer cotidiano de trabalho não se restringem somente à técnica, mas também às relações profissionais e interpessoais que compõem as relações de trabalho, leva-nos a entender que o processo educativo destina-se à valorização e ao aproveitamento das experiências dos sujeitos, do pensar e agir em suas práticas cotidianas, obtidas no transcorrer das suas

vivências, percepções, formação profissional e compromisso com as mudanças. (SILVA, 2007, p. 23).

O referido autor destaca que: a educação no trabalho destina-se a criar condições e possibilidades para a transformação dos sujeitos, de forma que os permita aprimorarem-se como cidadãos, cômicos dos direitos e deveres, conscientes e coerentes de suas responsabilidades e compromissos frente à sociedade em contínuas transformações, sendo a educação, fomentadora da relação sujeito sociedade. Assim, emprega-se o termo “educação no trabalho” para se referir às estratégias que articulam ações educativas ao trabalho em saúde, formais ou informais, capazes ou não de criar possibilidades para a transformação do sujeito.

No âmbito do SUS, a Atenção Básica a Saúde (ABS) adotou uma nova modelagem de atenção à saúde que preconiza ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e manutenção da saúde da comunidade, inserindo os trabalhadores dessa área no contexto de vida dos usuários e suas famílias. (BRASIL, 2006).

Vários programas e políticas públicas vêm sendo estruturados com a finalidade de fortalecer a AB e efetivar o SUS no Brasil, dentre eles a ESF que traz uma forma diferente de abordagem ao focar a família como unidade de ação programática de saúde e não apenas o indivíduo. A ESF contribui para a mudança da lógica de trabalho centrada no modelo biomédico para uma visão epidemiológica e propõe o enfrentamento dos problemas levantados e não apenas a resolução imediata do tipo queixa-conduta, integrando neste processo, os saberes dos trabalhadores e a vinculação do serviço com a comunidade. (VILLA, 2008).

Dessa forma, apresenta-se uma nova concepção de trabalho que busca atender aos princípios definidos pelo SUS, para consagrar os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira, com garantia de acesso universal da população a bens e serviços a fim de garantir sua saúde.

Diante dessa nova lógica, um novo perfil de trabalhador vai sendo exigido, o qual precisa ampliar sua capacidade de relacionamento interpessoal, aliada ao conhecimento e à habilidade técnica. (VILLA, 2008).

Assim, a produção do conhecimento torna-se um elemento fundamental em que a disposição dos trabalhadores de ampliar seus conhecimentos transforma-se em uma característica decisiva da capacidade de trabalho em geral. (ANTUNES, 2000).

Partindo do princípio de que os trabalhadores da saúde são elementos imprescindíveis para alcançar os objetivos de um novo modelo de atenção à saúde e a finalidade dos processos de trabalho, foi possível identificar que o MS organizou vários programas educativos desenvolvidos no âmbito do SUS, direcionados para esse segmento de trabalhadores, dentre os quais incluem treinamento em serviço, capacitação, qualificação em serviço, educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde, práticas educativas em saúde, entre outros.

Como os trabalhadores de saúde estão inseridos em duas principais modalidades de atividades educativas, Educação Continuada (EC) e Educação Permanente em Saúde (EPS), serão realizadas uma discussão acerca dessas duas propostas. Embora ambas concebam uma dimensão temporal de continuidade ao processo de educação, seus princípios metodológicos são distintos. Por isso, a contextualização torna-se necessária nesse estudo, para compreendê-las no sentido prático.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é a aprendizagem no trabalho, no qual aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais que acontecem no cotidiano das pessoas e das organizações a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem. (BRASIL, 2009).

A EPS propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde façam-se 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. Portanto, os processos de EPS têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, 2009).

Esse novo paradigma é fruto da visão de que o conhecimento não se transmite, entretanto se constrói a partir das dúvidas e do questionamento das práticas vigentes à luz dos problemas contextuais. Ela inclui a busca de formação no trabalho de equipe, a integração das dimensões cognitivas, de atitudes e competências práticas, priorizando os processos de longo prazo em detrimento das ações isoladas através de cursos. (BRASIL, 2009).

Desse modo, entendemos que essa proposta de EPS decorra da necessidade diagnosticada no processo do cotidiano do trabalho e não estabelecida por meio de cursos programáticos.

Portanto, a EPS consiste em uma proposta inovadora e com finalidade estratégica para a contribuição na transformação dos processos formativos das práticas pedagógicas e de saúde na organização de serviços. Então, o mundo do trabalho deve estar articulado com o sistema de saúde em suas várias esferas de atenção. (BRASIL, 2004b).

A Educação Continuada (EC) é pautada pela: concepção de educação como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento. É pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico, enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área, com ênfase em cursos e treinamentos construídos com base no diagnóstico de necessidades individuais, colocando-se na perspectiva de transformação da organização em que está inserido o profissional. (PEDUZZI *et al.*, 2009, p. 123).

A EC é também entendida como a utilização do conhecimento teórico aplicado a uma única e exclusiva profissão com destaque para temas especializados, com a intenção de promover a atualização técnico-científica. É realizada de maneira esporádica, sustentada pela pedagogia de transmissão, que desencadeia o processo de acumulação e apropriação do saber que, muitas vezes, não se traduz em mudanças na prestação dos serviços de saúde. (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004, p. 605).

É uma prática autônoma, uniprofissional que contribui para as práticas individuais e não da equipe de trabalho. Na maioria das vezes, a EC limita-se à adoção de determinadas rotinas de trabalho, raramente na revisão das práticas. Em muitos casos, a ligação entre o que se faz e o que se diz neste processo parece relacionarem-se com os temas em questão, mas não necessariamente com os problemas práticos ou os comportamentos que deverão ser mobilizados. Ainda que consiga alcançar aprendizagens individuais por meio da EC, elas nem sempre se traduzem em aprendizagem organizacional, ou seja, não se transferem para a ação coletiva. (BRASIL, 2009).

Silva (2009) considera que, as capacitações dos recursos humanos nos serviços de saúde são pontuais, centradas nas capacitações técnico-científicas, desarticuladas e fragmentadas, geralmente desvinculadas das reais necessidades de saúde. Assim, concordamos com Peduzzi *et al.* (2009), quando apontam que a educação no trabalho está inserida num contexto tenso, com duas possibilidades, quais sejam a de meramente reproduzir a tecnicidade e a normatividade do trabalho como a de configurar oportunidades de recomposição dos processos de trabalho, de modo que os trabalhadores da saúde possam

reconhecer, negociar e responder de forma mais pertinente às necessidades de saúde dos usuários e da população, buscando assegurar direitos e qualidade na prestação de serviço, na perspectiva do fortalecimento do SUS.

Mancia *et al* (2004), tenta comparar as duas modalidades de educação no trabalho, para melhor compreensão das diferenças nas características, através do seguinte quadro:

Quadro 1 - Diferenças entre EPS e EC

EDUCAÇÃO PERMANENTE	EDUCAÇÃO CONTINUADA
Multiprofissional	Uniprofissional
Prática institucionalizada	Prática autônoma
Problemas do cotidiano em saúde	Temas especializados
Transformação das práticas técnicas e sociais	Atualização Técnico-científica
Contínua	Esporádica
Pedagogia centrada na resolução de problemas	Pedagogia da transmissão
Mudança	Apropriação

Fonte: Elaborado pela autora.

Devemos questionar até que ponto é possível construir espaços para que se opere esse processo educativo, possibilitando uma convivência democrática e criativa entre diferentes práticas e concepções de mundo, em que os limites entre os conhecimentos não sejam excludentes e autoritários.

Podemos pensar a hipervalorização do pedagógico nesse processo educativo como se este fosse capaz, por si só, de viabilizar o comprometimento com a defesa da vida individual e coletiva. Entretanto, um ponto a ser considerado é que o cenário pedagógico, em que perpassam os processos educativos, inclui não só as dimensões político-institucionais e técnicas, mas também as dimensões humanas, tornando possível esperar pelo resgate da autonomia dos sujeitos e a sua participação crítica nos processos educativos e de trabalho.

2.2 Educação Permanente em Saúde: uma breve descrição da sua origem e trajetória

Ao adotar alguns conceitos, logo pensamos que são oriundos de onde os conhecemos, no entanto poderemos verificar que a história de muitos destes vai para além do que inicialmente imaginávamos.

A Educação Permanente é um desses casos que, a princípio temos em mente que foi criada para suprir e acelerar as demandas do capitalismo. No entanto, ao estudá-la melhor nos damos conta que esta vem sendo construída há muito tempo e que pode, sim, ser a serviço do capital, porém se propõe ser o caminho para melhorar a formação dentro ou fora da escola, buscando tornar os sujeitos críticos reflexivos sobre o contexto em que estão inseridos.

Para se compreender a origem da Educação Permanente, buscamos nos escritos de Smaha e Carloto (2010) que apontam a Pedagogia como a área que primeiro tratou do tema, tendo a França como palco central das primeiras discussões. Citamos também Pierre Furter, professor francês que muito discutiu sobre o assunto e teve suas obras traduzidas no Brasil, e Moacir Gadotti, brasileiro que foi até Genebra para estudar os documentos que compunham a Educação Permanente e com esses dados e informações coletadas construiu sua tese de doutorado tratando do assunto a partir da origem do tema.

Gadotti, no livro **A Educação contra a Educação** (1992), discute sobre a Educação Permanente em três aspectos: Fenomenologia da Educação Permanente,¹¹ Hermenêutica da Educação Permanente e ¹²Filosofia da Educação Permanente. Não abordaremos os conceitos e problemas que permeiam esses temas, mas buscaremos fundamentos da Educação Permanente para construirmos sua trajetória e apresentar as concepções que a circundam. (SMAHA; CARLOTO, 2010).

O autor diz que a Educação Permanente, nos últimos anos, veio como uma ideia anárquica, ele afirma que a Educação Permanente se apresenta como palavra de ordem que é capaz de reunir correntes, reduzir as concepções opostas, alargar o conceito de educação. Essa propõe vias de libertação tendo como base a condição humana, possibilitando uma releitura da realidade na qual estamos sempre aprendendo.

A partir da fenomenologia, o autor interpreta os documentos e situa a Educação Permanente como um evento, o qual ele entende como um fato que traz consequências nos provoca e exige uma tomada de posição. Por isso, ele afirma que a Educação Permanente tem suas raízes na evolução real da educação.

Gadotti (1992) também afirma que a Educação Permanente não é uma ideia recente. É uma expressão recente de uma preocupação antiga e se apresenta com

¹¹Ciência, técnica que tem por objeto a interpretação de textos religiosos ou filosóficos, esp. das Sagradas Escrituras; 2- interpretação dos textos, do sentido das palavras; 3- Rubrica: semiologia. Teoria, ciência voltada à interpretação dos signos e de seu valor simbólico. (DICIONÁRIO HOUAISS, 2009).

¹²Amor pela sabedoria, experimentado apenas pelo ser humano consciente de sua própria ignorância. Segundo autores clássicos, sentido original do termo, atribuído ao filósofo grego Pitágoras (séc. VI a.C.). Conjunto de princípios teóricos que fundamentam, avaliam e sintetizam as ciências particulares, contribuindo para o ramo do saber.

características da modernidade com visão de progresso, desenvolvimento e crescimento. (GADOTTI, 1992).

Na França, a ideia de educação prolongada, continuada, progressiva, fazia parte de um programa educativo da Revolução de 1789. Essa ideia foi substanciada em 1791 na Constituição, quando cita: “[...] será criada e organizada uma instrução pública comum a todos os cidadãos, gratuita no que se refere ao ensino indispensável a todos os homens.” (FRANÇA, 1791 *apud* GADOTTI, 1992, p. 58).

Em 1792, Condorcet apresentou um relatório à Assembléia Legislativa, onde observou que a “[...] instrução não deveria abandonar os indivíduos no momento em que saem da escola, deveria abranger todas as idades já que não há idade em que não seja útil e possível aprender [...].” (TRICOT *apud* GADOTTI, 1992, p. 59). Embora muitos documentos que remetem à Educação Permanente tenham surgido na França, Gadotti argumenta que não pode ser considerado um “fenômeno francês”.

No ano de 1919, o Ministério da Reconstrução francês publicou relatório no qual consta que a educação correspondesse às necessidades das pessoas durante toda a vida e, logo após a Segunda Guerra Mundial, o Ministério da Educação fez algumas publicações que tinham como tema a educação para a vida toda.

Em 1938 na França, Gaston Bachelard (*apud* GADOTTI, 1992, p. 59) disse que: “Uma cultura bloqueada no tempo escolar é a negação da própria cultura científica. Sem escola permanente não existe ciência.”.

E as discussões sobre Educação Permanente continuaram, em 1946, na Reforma do Ensino, ficou claro que a nova organização do ensino deveria permitir o aperfeiçoamento contínuo do cidadão e do trabalhador, com vistas ao progresso e a modernização. A Liga Francesa de Ensino, em 1955, elaborou um Projeto de reforma do ensino no qual o redator foi Pierre Arents. Nesse documento, o termo Educação Permanente foi citado pela primeira vez e lhe foi atribuído assegurar a instrução, complementar esta para além da formação e da atividade profissional em todas as épocas da vida. (GADOTTI, 1992, p.60).

Seria a realização de ter uma educação complementar em todos os sentidos, a possibilidade de ser um cidadão, alfabetizado, profissionalizado e crítico, capaz de fazer análises a partir dos problemas postos em seu ambiente cotidiano. Nesse sentido, no ano seguinte a Educação Permanente foi oficializada na França, pelo Ministro da Educação Nacional para prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público. (GADOTTI, 1992, p.60).

Gadotti (1982) diz que a Educação Permanente passou a invadir a sociedade, através de condições econômicas, sociais ou demográficas, necessidades individuais ou mesmo por situações criadas pela máquina publicitária. A partir desse conjunto, em 1960, Gaston Berger lança as bases de uma filosofia de Educação Permanente, onde apresenta como necessidade dos novos tempos, a exigência da técnica.

Foram muitas as produções sobre o tema da Educação Permanente. Com isso, passou a ser a ideia central da Política Educacional da UNESCO e disseminada a partir do projeto “Cidade Educativa”.

Esse projeto foi assumido por vários países, dentre eles o Brasil, que mesmo não tendo a sua educação fundamental dentro dos padrões mínimos desejáveis, almejou implantar a educação para a vida toda. (GADOTTI, 1992).

Em 1968, o Brasil passava por um período de repressão e cerceamento da liberdade de expressão em todos os âmbitos. A Organização das Nações Unidas para Educação a Ciência e a Cultura (UNESCO), o Conselho da Europa e a Organização para Cooperação no Desenvolvimento Econômico (OCDE), diante do panorama brasileiro propuseram a substituição do sistema tradicional de educação pelo sistema de Educação Permanente.

Segundo Gadotti (1982), Pierre Furter, o então membro do Comitê Diretor da Educação Permanente do Conselho da Europa, disse que o plano de trabalho deste organismo, referente à Educação Permanente, passou por uma fase conceitual de 1966 a 1971, momento em que se pensou como oferecer a cada indivíduo educação que respondesse às necessidades econômicas, sociais e pessoais.

Os anos de 1972 a 1978 foram os anos da fase operacional, período de aplicação dos aspectos pensados. Furter, em seu Livro *De La Lutte Contre L'Analphabétisme Au Developpement Culturel*, traduzido por Teresa de Araújo Penna, para **Educação Permanente e desenvolvimento cultural** (1974), trabalha com três definições: a primeira cita que a Educação permanente é um processo contínuo do desenvolvimento individual, no qual o indivíduo progride de acordo com sua necessidade e condições. Não tem organização central nem coordenação. A atividade é individual e muitas vezes autodidata, sempre por iniciativa pessoal e voluntária.

Na segunda, a Educação Permanente é tida com um princípio de organização de um sistema global de formação. Agrupa-se em parassistema com a inspeção do Estado. As

atividades são coletivas e organizadas, algumas vezes orientadas por educadores, promovida por administradores e planejadores da educação.

A terceira definição diz que a Educação Permanente é uma estratégia de formação para o desenvolvimento cultural, seu objetivo é orientar uma política de recursos humanos visando o desenvolvimento cultural. Sua organização não possui um sistema, pois utiliza das instituições já envolvida, interdisciplinar e interministerial em programas. A atividade é em grupo, orientada por profissional interessado e a supervisão e avaliação é feita por educadores especializados. Os promotores são planejadores de recursos humanos no âmbito do planejamento regional.

Nesse sentido, o que percebemos é que a terceira definição apresentada por Furter, é a definição que mais tarde iremos identificar na Política de Saúde. No entanto, a multiplicidade de conceitos e categorias que permeiam a Educação permanente algumas vezes gera conflito de informações.

A partir dos estudos sobre o tema, Bárcia (1982) defende que a educação surge de uma necessidade social para adaptação ao meio, ou para modificá-lo. Condição esta que justifica a necessidade de educação de maneira permanente. Nesse sentido, a Educação Permanente deve ser efetivada pela autodeterminação, gerada pela finalidade de aperfeiçoamento constante e progressivo, tendo como base o meio social.

Essa formação deve ser orientada para possibilitar uma análise crítica e coerente, pois de acordo com a autora, é a partir da realidade que o educando vai desenvolver suas potencialidades para se beneficiar e beneficiar a sociedade. Nessa direção da formação, podemos dizer que a Educação Permanente é:

[...] um processo de afirmação do indivíduo através da tomada de consciência para um auto-determinismo [*sic*] na condução de alternativas, a fim de dominar as diferentes situações em que será levado a viver. Esta proposta foi disseminada pela América Latina como estratégia para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação. (BÁRCIA, 1982 p. 64).

Para Furter (1974), a Educação Permanente permite ao homem fazer parte da situação concreta e global que está posta, ou seja, sujeito da história. As afirmações que esse autor fez quanto às funções ou tarefas que a Educação deve exercer, nos mostra o que já dito por Gadotti, que a EP é uma ação ideologizada, com vista ao desenvolvimento, principalmente no que se refere à área econômica dos países. Essa ação já havia aparecido na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1958, quando foi publicado um estudo sobre a condição sanitária das Américas.

Com a 1ª Conferência Pan-americana sobre Planejamento de Recursos Humanos em Saúde no Canadá, ficou explícita a necessidade de readequar a formação dos profissionais da saúde, pois não estava mais respondendo à demanda emergente.

Nesse sentido, a OPAS buscou nos documentos da UNESCO as bases da Educação Permanente que até então era aplicada exclusivamente na área da educação, trazendo para a saúde um impulso, rumo aos novos tempos e às necessidades que emergiam junto à população usuária da saúde.

Como o Brasil faz parte dessa Organização, o processo não foi contrário. As discussões sobre a formação no cenário da saúde já vinham fomentadas desde as primeiras Conferências Nacionais de Saúde. No entanto, como relatam os documentos oficiais das Conferências, a primeira vez que ficou registrada a preocupação com os recursos humanos da saúde foi em 1967, na 4ª Conferência, momento onde os profissionais, através dos diferentes eixos de trabalho, puderam colocar suas dificuldades no que se referia ao serviço na saúde pública. Posterior a este, os demais eventos realizados de uma forma ou de outra mantinham as discussões e isto ficou nos registros dos Relatórios e Anais.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde organizou várias propostas, que deram bases e instrumentos para compor alguns artigos que, em 1988, fizeram parte da Constituição Federal do Brasil, a chamada Constituição Cidadã. Nessa legislação, em seu artigo 196, a saúde é posta como dever do Estado e direito de todos. Com essa garantia, a população brasileira, teoricamente, teria direito à saúde, independente de sua classe social, religião ou etnia. Esse direito veio concretizar argumentos construídos há décadas pelo Movimento de Saúde no Brasil. Por isso, o artigo 200 cita: “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; [...]” (BRASIL, 2003a, p. 77). Começou aqui a trajetória de legalização dos direitos à formação em saúde, com vistas a Educação Permanente, porém sem utilizar esse conceito.

Outras leis foram homologadas, como a Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e 8142/90, para subsidiar a criação do Sistema Único de Saúde no país onde ficou clara a necessidade da formação continuada para o recurso humano da área da saúde. Dessa forma, a Educação Permanente começou a tomar corpo no país com diferentes nomes e definições, tendo as capacitações, oficinas, eventos e treinamentos como partes efetivas desta ação que ainda não tinha um direcionamento político.

2.3 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: dos primeiros passos aos dias atuais

De acordo com os registros em documentos legais, podemos constatar que o processo de formação dos profissionais da saúde não podia mais ser apenas de responsabilidade das instituições de ensino superior. Para tanto, nas décadas de 80 e 90, iniciaram os primeiros passos para aproximação dos mundos do ensino e do trabalho, sendo que os pressupostos teórico-metodológicos indicados para ocorrer essa aproximação eram os apresentados pela OPAS/Organização Mundial da Saúde (OMS) para o desenvolvimento das ações de EPS. (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990).

A partir dessas ações, é importante lembrar, na história da educação continuada e permanente em saúde no Brasil, que o MS criou, em 1996, os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Saúde da Família, com o objetivo de estimular e orientar as mudanças no modelo de formação dos recursos humanos.

O MS definiu como responsabilidade desses Polos a promoção da articulação entre as instituições de serviço e de ensino para capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos necessários ao modelo de Saúde da Família. Desse modo, as instituições foram convocadas a apresentarem projetos que possibilitassem uma ação renovada no espaço de articulação ensino-serviço, com vista à capacitação e formação de profissionais capazes de instituir práticas a partir do modelo de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente chamado Estratégia de Saúde da Família (ESF), nas diferentes regiões do país. (COSTA-NETO, 2000).

Os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Saúde da Família foram criados com objetivo de desenvolver ações junto aos profissionais inseridos no mercado de trabalho, oportunizando um preparo introdutório para fazer a reorientação do modelo de saúde hegemônico a partir de uma visão da clínica ampliada. Esses Polos tinham o compromisso de capacitar médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e odontólogos.

Além disso, passaram a interferir na formação dos profissionais em nível de graduação e pós-graduação, via cursos de especialização e residência em Saúde da Família e também no incentivo a reformas curriculares do ensino de graduação e profissionalizantes, visando à mudança das práticas de saúde, conforme as solicitações apresentadas na 10ª Conferência Nacional de Saúde. (SOUZA, 2000; SOUZA, *et al.* 2002).

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, não abordou profundamente as questões de EPS e o desenvolvimento de recursos humanos. Porém, fez uma crítica sobre a demora do processo de construção da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB/RH/SUS), que foi deliberada na 10ª Conferência Nacional de Saúde em 1996, sendo que, no ano 2000, ainda estava em fase de elaboração em sua terceira versão.

A partir dessa crítica, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), seguindo a proposição apresentada na conferência de que a NOB/RH/SUS deveria se tornar uma agenda político-estratégica, intensificou a organização de oficinas e seminários descentralizados a fim de sistematizar e aprofundar as discussões acerca da política de recursos humanos, por conseguinte, sobre o material que seria apresentado na norma. (BRASIL, 2003a).

Desse trabalho resultou a elaboração dos Princípios e Diretrizes para a NOB/RH/SUS, aprovada em sua 4ª versão, na 21ª Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde que ocorreu em fevereiro de 2002. (BRASIL, 2002a).

A NOB/RH/SUS constitui-se em um material propositivo de ações e normas estabelecedoras de um maior comprometimento dos gestores federais, estaduais e municipais, estabelecendo como necessidade que o modelo de educação permanente em saúde seja baseado nas atribuições e competências dos trabalhadores do SUS e para equipes de trabalhadores, o que prevê a possibilidade de implementação do SUS a partir do seu modelo assistencial e de gestão. (BRASIL, 2002b).

Com o movimento descentralizado realizado para a elaboração da NOB/RH/SUS com distintas estruturas do país, constatamos que as iniciativas desenvolvidas sobre EPS até aquele momento ocorriam de forma desarticulada ou fragmentada, com pouca visibilidade das atividades e limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança e promover as alterações nas práticas dominantes no sistema de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações ou das profissões. Além disso, não desafiaram os distintos sujeitos sociais para assumir uma postura de mudança e de problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe (BRASIL, 2004a).

Em 2003, ocorreu uma reestruturação na organização do MS, sendo criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com dois departamentos que articulam a gestão do trabalho e a educação na saúde, tendo como objetivo implementar uma política de valorização do trabalho no SUS e dos trabalhadores de saúde em

conformidade com os seus princípios e diretrizes. A partir dessa reestruturação, o MS assumiu o papel de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), como um dos departamentos da SGTES, em sua criação, foi o órgão responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, desenvolvimento e educação permanente dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de escolaridade, a capacitação de profissionais de outras áreas, dos movimentos sociais e da população para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde. Responsável também pela cooperação técnica, financeira e operacional com os estados e municípios, instituições de ensino, organizações dos movimentos sociais e outras entidades para a implantação de políticas nesta área. (BRASIL, 2004a).

No Seminário Nacional de Incentivo às Mudanças na Graduação das Carreiras da Saúde, realizado em maio de 2003, foi lançada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), alicerçada na necessária responsabilização dos serviços de saúde com a transformação das práticas dos trabalhadores, configurando-se como esforços de construção de conhecimento comprometido com a realidade social dos sujeitos-cidadãos do cuidado. Tal política foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde, em setembro de 2003, e a partir dessa data, o DEGES propôs a adoção da PNEPS como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde.

Em novembro de 2003, o Ministério da Saúde homologou a Resolução CNS nº 330, que resolve aplicar os Princípios e Diretrizes para a NOB/RH/SUS, aprovados em 2002, como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS, fato que agregou força para consolidação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, lançada no mesmo ano. (BRASIL, 2003c).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, apresentou como VII Eixo Temático “O Trabalho na Saúde”, destacando que as mudanças no mundo do trabalho, ocasionadas pelo processo de globalização e pela incorporação de novas tecnologias, acarretariam o desafio de implantar uma política que reduzisse a precarização nas relações de trabalho no setor de saúde e que possibilitasse mais investimentos na capacitação e educação

permanente dos trabalhadores e melhores resultados dessas ações, regulando a formação em todos os níveis para adequá-las às necessidades do SUS. (BRASIL, 2004a).

Nessa lógica, as várias instâncias do SUS teriam um papel indutor de mudanças nas práticas de saúde e no campo da formação profissional.

Assim, em fevereiro de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída através da Portaria GM/MS no 198/04, que visava, por meio de um processo permanente de educação, transformar o caráter das práticas técnicas e sociais, tendo como público alvo os diferentes trabalhadores da saúde, com um enfoque nas ações interdisciplinares a partir dos problemas de saúde, através da democratização institucional, que busca mudanças organizacionais, apropriação ativa dos saberes técnico-científicos e fortalecimento do trabalho em equipe. (BRASIL, 2004a, 2004b).

Tendo em vista que a proposta veio da pedagogia, efetivada há muitos anos nessa área, foi somente na Saúde que a Educação Permanente tornou-se Política Pública. (BRASIL, 2003b).

Para efetivação da PNEPS, foi lançada, em 2004, como ação estratégica, a formação de Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, os quais deveriam substituir as estruturas dos Polos de Capacitação em Saúde da Família, até então existentes, para enfrentar as demais frentes de formação e de desenvolvimento requeridas pelo SUS.

Os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) para o SUS eram instâncias de articulação locorregionais e interinstitucionais da PNEPS e buscavam a integração entre ensino e serviço, entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social, sendo que se caracterizavam teoricamente como gestões colegiadas de natureza política e crítico-reflexiva. (BRASIL, 2004a; CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

A interação entre os segmentos da formação/ensino, da atenção/assistência, da gestão e do controle social em saúde foi apresentada como componentes do “Quadrilátero da Formação”, apresentados por Ceccim e Feuerwerker (2004b).

Ainda para Ceccim e Feuerwerker (2004b), a imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde – ensino/gestão setorial/ práticas de atenção/controle social – propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero, estão aspectos éticos, estéticos,

tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados.

Desse modo, o quadrilátero da formação possibilitaria dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, autoanálise e autogestão, ou seja, produzir ações segundo os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (CECCIM, 2005).

Além do apresentado até o momento, a efetivação da PNEPS também implicava uma articulação interministerial, pois a formação profissional em todas as áreas e também da saúde é regulamentada pelo Ministério da Educação. Para isso, foi instituída a Portaria Interministerial no 2.118, de 04 de novembro de 2005, a qual estabelece a cooperação técnica entre o MEC e o MS na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde. (BRASIL, 2005).

A instituição da referida portaria proporcionou uma aproximação entre os ministérios, configurando-se como um marco histórico, em relação a possibilidades de mudanças, pois a partir dessa data, as discussões e decisões relativas ao processo formativo dos profissionais de saúde passaram a ser realizadas de modo articulado, por meio da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, apresentada como uma das ações estruturantes da DEGES.

Em 2007, a PNEPS, alinhando-se às diretrizes do Pacto pela Saúde, sofreu alterações com a publicação da portaria número 1.996 do GM/MS. Tal portaria propôs a regionalização e descentralização da EPS, considerando em sua elaboração a proposta pactuada pelo MS para a Política de Educação e Desenvolvimento para SUS em 2003; os princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS e as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, entre outros. (BRASIL, 2007).

A implantação dessa nova portaria trouxe mudanças na nomenclatura dos PEPS, os quais passaram a ser denominados de Comissão Permanente de Integração de Ensino-Serviço (CIES). Ofereceu base normativa para a organização dos processos de gestão da educação na saúde nas diferentes esferas de gestão; estabeleceu que a PNEPS deveria ser conduzida regionalmente por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) em parceria com as CIES; definiu a composição e as atribuições das CIES; e os critérios de alocação de recursos financeiros, no qual foi estabelecido o financiamento federal regular e automático

para a educação na saúde, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão, com repasse fundo a fundo. (BRASIL, 2007).

Dessa forma, após pactuações locais e estruturação dos planos de EPS, os estados e municípios poderiam pleitear financiamentos para seus projetos regionais. Contudo, PNEPS é uma prática recente em nosso país e tem apresentado dificuldades significativas quanto a sua gestão, o que configura um problema para a sua concretização nos municípios e para a mudança do modelo de formação dos trabalhadores do SUS.

A PNEPS apresenta entre as suas prioridades a articulação entre universidades, secretarias de saúde e movimentos sociais, na formulação de políticas e de projetos que aproximem as diferentes realidades sociais dos municípios ao processo pedagógico de formação em saúde para os níveis técnico e superior. (BRASIL, 2004b).

Cabe salientar que a nova estratégia – Portaria do Gabinete do Ministério (GM)/Ministério da Saúde (MS) nº 1.996/07 – mantém as mesmas bases teóricas apresentadas na Portaria GM/MS no 198/04, logo as estratégias de organização e de exercício da atenção devem ser construídas a partir da prática das equipes, visto que as demandas de capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia a dia, dos trabalhos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade.

2.4 A Educação Permanente em Saúde como estratégia para transformação da prática

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde traz uma proposta de ação estratégica para contribuir na transformação e na qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Consiste em trabalho Intersetorial com capacidade para promover o desenvolvimento individual e institucional.

Considera ainda este Ministério, que a Educação Permanente tem um conceito fundamental pedagógico, no setor da saúde, para viabilizar relações orgânicas entre ensino-ações-serviço, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde e que no processo de Educação Permanente em Saúde, o aprender e

ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho, sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, onde a atualização técnico-científica é um dos aspectos da transformação das práticas.

É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas. (BRASIL, 2004a, p. 9).

Portanto, a Educação Permanente é considerada como algo mais abrangente, enquanto formação integral e contínua do ser humano com um referencial teórico-metodológico problematizador.

A Educação Permanente é um processo educativo, que tenta possibilitar o surgimento de um espaço para pensar e fazer no trabalho, no qual o trabalhador representa um ser que constrói e destrói norteado por valores políticos, culturais e éticos. Salientamos que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma estratégia destinada a construir um novo estilo de administração em que os pactos para reorganizar o trabalho na gestão, na atenção e no controle social são construídos coletivamente a partir do diálogo e da reflexão sobre a prática. (RICALDONI; SENA, 2006 *apud* AMESTOY *et al.*, 2010).

É considerada uma estratégia que propõe transformação das práticas de formação, de atenção e de gestão, de formulação de políticas públicas, de participação popular e de controle social da saúde. Possibilita uma modificação no comportamento e atitudes dos profissionais, fazendo com que estes procurem uma atividade reflexiva de suas ações para assim melhorar o atendimento à comunidade. (TANJI, 2010).

Constitui assim um projeto político pedagógico que visa transformar a visão de educação continuada, tecnicista para uma visão integralista que leva em consideração as necessidades do trabalhador e dos serviços realizados por eles. A educação permanente em saúde é uma nova estratégia para a formação e desenvolvimento das práticas educativas, devendo ser tomada como um recurso inovador para a gestão do trabalho, entendendo que o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações e ao trabalho. (SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2009, p. 16).

As práticas educativas no trabalho propiciam uma relação direta com o processo de autoavaliação contínua entre equipe e trabalho, o que os remete às reflexões acerca do que se produz, obtém-se e necessita-se para cada vez mais desempenhar satisfatoriamente as ações implementadas no ambiente de trabalho.

Nesse sentido, a educação permanente por ser um modelo inovador de se fazer transformar uma realidade, deve ultrapassar os campos do saber focal dos profissionais e buscar o ensino-aprendizagem amplamente, a partir do seu dia a dia com a comunidade e assim, dar continuidade ao processo ensino-serviço. A educação em saúde hoje engloba parâmetros educacionais bem diferentes dos propostos na criação dos cursos de graduação em enfermagem, onde se via o enfermeiro apenas na sua conjunção técnica, ou seja, a sua atuação restrita ao contexto médico. (PENA, *et al* 2012).

Nos últimos anos, a inserção de um discurso dialético e de uma educação voltada mais para o social rege os novos cursos e a educação continuada dos profissionais de enfermagem. Tendo assim, a educação permanente em saúde voltada para a formação de um profissional mais humano, mais preocupado com o social. (DE ALMEIDA; SOARES, 2011).

Freire em seus estudos coloca que a criação da aprendizagem, do ser humano e do ser profissional, depende do ato de se comprometer, em ter compaixão e para com isso, tornar o atendimento ao outro algo solidário, compreensivo e não solitário e opressivo, como ainda é visto em muitas instituições de saúde. (MONTENEGRO; BRITO; SILVA, 2013).

Esta ¹³ concepção dialógica proposta por Paulo Freire, na perspectiva na formação do enfermeiro, é assim referenciada:

[...] Paulo Freire prioriza a ação humana com base na comunicação dialógica sendo esta comunicação horizontal, onde os sujeitos sociais compartilham experiências na transformação e autotransformação. Dessa maneira acredita-se que a comunicação dialógica é importante ferramenta para as atividades de educação permanente de enfermeiros [...]. O enfermeiro no campo de trabalho deve exercer continuamente o papel de educador e de educando, pois o mesmo deve estar atento às novas propostas de atendimento e de cuidado que surgem tanto no que diz respeito à evolução da ciência, novas formas de tratamento, como também das práticas educativas, que levam a formação de um profissional de excelência. (MONTENEGRO; BRITO; SILVA, 2013).

A educação permanente visa, além de tudo, um profissional, não só no contexto do atendimento humanizado, mas também na função de educador, pois o mesmo deve estar preparado a auxiliar a equipe de saúde com quem trabalha como também, informar ao cliente sobre todos os aspectos relacionados ao seu tratamento, para que este ocorra da melhor forma possível.

¹³ Paulo Freire (1996) mostra-nos que o ensinar exige uma disponibilidade para o dialogo e a compreensão do homem e da mulher enquanto indivíduos que fazem história e que são por ela feitos. Esse diálogo acontece no encontro envolvido pelo respeito às diferenças e na convicção de ambas as partes que somos inacabados, que ao mesmo tempo em que sabemos algo, ignoramos algo.

Ainda segundo Montenegro, Brito e Silva (2013), o processo de aprendizagem para Freire, engloba cinco etapas a serem analisadas e processadas para atingir o sucesso, sendo elas o homem, metodologia, educação, processo de aprendizagem e educando.

Para os autores, Freire coloca o homem como um indivíduo que na sua formação como um ser social, precisa interagir com outros, e partir desta interação é que surgem aspectos que são importantes na formação do profissional de enfermagem. Como já mencionado, o atendimento e a convivência do enfermeiro com o cliente e a equipe com quem trabalha deve ser regida pelo amor e pela solidariedade, que são contextos e virtudes que advêm a convivência social.

Nesse aspecto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS, entre outros referenciais, é permeada pelo referencial teórico de Paulo Freire. Constatamos a influência desse referencial no momento em que as estratégias da PNEPS buscam propiciar o diálogo entre os gestores, os profissionais da saúde e do ensino, acadêmicos e o controle social, ou seja, os sujeitos sociais envolvidos no processo de fortalecimento do SUS.

A PNEPS, voltada para a formação dos profissionais da saúde e mudança dos serviços a partir de uma lógica da clínica ampliada e da integralidade, proporciona espaços para a discussão de temas que geram: autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (¹⁴disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação, sendo afetado pela realidade. (CECCIM, 2005, p. 162).

Isto possibilita a educação permanente em saúde configurar-se como um eixo inovador para o real desenvolvimento das ações preconizadas no SUS, pois se trata de uma política de educação dos estudantes e trabalhadores da saúde em sintonia com a democracia e a mudança das práticas de saúde.

A Educação Permanente é entendida como uma atualização cotidiana das práticas, seguindo os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, contribuindo para a construção de relações e processos que emergem do interior das equipes, com seus agentes e práticas organizacionais, e incluem as práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais.

Desse modo, cada sujeito social envolvido no processo tem o compromisso ético, libertador, progressista, na sua prática cotidiana, logo, deveria desafiar-se a si mesmo e aos

¹⁴ Novas formas de pensar, agir, organizar, autoanálise, implicação com as mudanças.

outros “[...] a pensar criticamente a realidade social, política e histórica em que em que está presente..” (FREIRE, 2000, p. 44).

Corroborando com essas afirmações, Merhy (2005) aponta que todo processo da Educação Permanente tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do ¹⁵cuidado em saúde transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações. Para problematizar, é importante a disseminação da capacidade pedagógica entre os trabalhadores da saúde, entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde e formadores, abrigo representantes do controle social em saúde.

A implantação e o desenvolvimento de uma política de Educação Permanente em Saúde não é tarefa fácil, porque envolve uma série de fatores inerentes aos métodos, à compreensão de quem conduz os processos na instituição, à construção dos espaços de educação no trabalho, dentre outros. É desejável que as organizações de saúde deixem de ser apenas campo de estágios e práticas, as quais devem se mostrar como espaço vivo de ensino, pesquisa e aprendizagem, tanto para estudantes e professores como para profissionais da organização de saúde.

Vale salientar que para processo de ensino/aprendizagem, Paulo Freire (1996), chama atenção para a necessária humildade, apontando a valorização da curiosidade para se atingir a plenitude do conhecimento. É preciso mergulhar sem medo, sem preconceito e sem vaidade para conseguir fazer educação a partir da problematização.

Como diz ainda Freire (1996, p. 15), “[...] uma das condições necessárias a pensar certo é não estarmos demasiado certos de nossas certezas.”. O condutor do processo de educação que “pensa certo” deixa os educandos, nesse caso os trabalhadores da saúde, refletir sobre o seu processo de trabalho, para conhecê-lo sob um novo olhar e, eventualmente, mudar as suas práticas.

Os gestores das organizações de saúde e de suas unidades de produção precisam pesquisar para compreender e aprender ao ensinar. Para isso, faz-se necessário pesquisar as suas realidades para constatar os nós críticos e poder elaborar os planos de intervenção para superação dos problemas vividos no cotidiano. Esse é mais um desafio colocado ao sistema de saúde vigente, pesquisar para conhecer e comunicar, pois por vezes os gestores decidem de

¹⁵ O cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade que deve permear as práticas de saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição. (PINHEIRO, 2000).

forma pragmática, com base na sua intuição ou vontade própria, sem comprovação de evidência científica do feito.

Mas como não há pensar certo à margem de princípios éticos, se mudar é uma possibilidade e um direito, cabe a quem muda - exige o pensar certo - que assuma a mudança operada. Do ponto de vista do pensador, não é possível mudar e fazer de conta que não mudou. É que todo pensar certo é radicalmente coerente. (FREIRE, 1996, p. 19).

O pensamento do autor acima citado remete-nos a refletir sobre o processo de mudança que se pretende engendrar nas organizações de saúde através da Educação Permanente, visto que se as práticas não mudaram é porque a forma de pensar ainda carece de mudança, porque segundo o mesmo não é possível mudar e fazer de conta que não mudou. Entretanto, a reflexão crítica sobre a prática é pensar sobre o fazer, o que implica “pensar certo” de acordo com Freire (1996). Para isso, é preciso ter disponibilidade para mudar.

A mudança é realizada por sujeitos que devem ser protagonistas, os trabalhadores são os protagonistas das organizações de saúde, porque além de ter sonhos, utopias e ideais, detêm nas suas ações a produção do cuidado. Merhy (2005, p. 173), debatendo com Ceccim (2005), diz que:

[...] aí está o cerne de um grande novo desafio: produzir auto interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho. E isto não é nada óbvio ou transparente. Portanto, as práticas educativas jamais serão neutras.

A mudança das práticas de gestão e de atenção passa pela capacidade de dialogar com as práticas e as concepções vigentes e problematizá-las não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade. (CECCIM, 2004, 2005).

A Política de Educação Permanente terá de atingir o centro das prioridades dos serviços de saúde para rompermos com paradigmas predominantes da formação hospitalar centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência.

Os trabalhadores deixarão a condição de recursos para serem atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde. (CECCIM, 2004, 2005).

2.5 A Educação Permanente em Saúde no contexto do Sistema Saúde Escola de Sobral

O Sistema Saúde Escola de Sobral compreende uma estratégia e um modo de conceber os processos de trabalho e de formação, que ocorrem no interior da rede de saúde local, dentro de uma lógica onde o conjunto das experiências e trocas humanas que se dão no território e, mais especificamente, na rede de equipamentos de saúde quer no âmbito da gestão ou da assistência, reconhecidas como possuindo dimensão pedagógica. A aprendizagem é potencializada pelos pressupostos da educação permanente e da educação popular e, ainda, da articulação entre serviço, ensino e pesquisa.

O Sistema Saúde Escola envolve toda uma rede de instituições e pessoas que se organizam com o propósito de promover e participar de ações educativas formais e informais para o conjunto da comunidade na perspectiva da promoção da saúde. É um sistema que compreende também um método o qual resulta na constituição de uma comunidade aprendente. (SOARES *et al.*, 2008).

A comunidade aprendente implica num coletivo de atores sociais organizados, no qual seus membros compartilham de expectativas e objetivos mais ou menos comuns, que são solidários entre si, trabalham e aprendem de forma interdependente afetando e sendo mutuamente afetados uns pelos outros. (SOARES *et al.*, 2008).

Frente a esses processos educativos está a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia de Sobral (EFSFVS), inaugurada em julho de 2001 com a missão de promover ações educativas na área da saúde junto ao sistema Saúde Escola de Sobral e demais municípios que compõem a macrorregião de saúde de Sobral, tendo como perspectiva à transformação das práticas de trabalho e dos indicadores sanitários. (SOARES, 2008).

É considerado um espaço institucional que acolhe, planeja, organiza, desenvolve tecnologias e dissemina ações educativas. Visa, sobretudo, fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), dentro da sua área de abrangência, a partir da estratégia de educação especializada, permanente e contextualizada em saúde. Insere-se, ainda, na perspectiva da escola cidadã na medida em que é pública quanto a sua clientela (é para e de todos), estatal quanto a sua fonte financiadora (opera com recursos públicos), e democrática e comunitária quanto ao seu modelo de gestão (princípio da participação). (PARENTE, 2010).

Surge no contexto da reforma sanitária brasileira como a primeira escola municipal de seu gênero. Com o desafio de subsidiar as profundas mudanças decorrentes da implantação do SUS, para um novo modelo de atenção à saúde baseada em seus princípios,

através de uma concepção ampliada de saúde. Parte ainda da constatação da necessidade de readequar e intensificar o processo de formação dos trabalhadores, gestores, controle social e educadores no campo da saúde.

Adotando como referenciais pedagógicos a promoção da saúde, a educação permanente, a educação popular e a educação por competência ao longo dos anos de sua existência, os processos educativos deflagrados no seu interior vem paulatinamente crescendo em volume e complexidade tendo desde sua fundação, logrado reconhecimento pela qualidade e relevância de suas ações educativas no plano local, estadual e nacional. (SOARES, 2008).

Portanto, a Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia vem se constituindo como um espaço de construção de novas práticas e saberes, reorientando os fluxos de aprendizagem na gestão, na atenção, na formação e no controle social. Esse quadrilátero da saúde articulado possibilita a construção e organização de um processo educativo focado na realidade, operando transformações sobre esta. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

3 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

3.1 Abordagem e tipo de estudo

O estudo de caráter descritivo exploratório foi conduzido através da utilização da abordagem qualitativa. O método qualitativo é aquele aplicado ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, e de que resultam interpretações que os humanos fazem a respeito das experiências que vivenciam, construindo seus recursos, pensamentos e sentimentos. Caracteriza-se pela relação empírica e sistemática do conhecimento até a compreensão lógica do grupo em estudo. (MINAYO, 2006).

Nesse tipo de abordagem, o fenômeno humano estudado é entendido como parte da realidade social, pois este não se difere só por agir, mas por pensar sobre o que faz e interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. (MINAYO, 2007).

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim com o aprofundamento da compreensão a partir de um grupo social, de uma organização. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Assim, os pesquisadores baseados em métodos qualitativos recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos, nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa. (GOLDENBERG, 1999).

O método qualitativo considera a existência de uma relação dinâmica entre mundo objetivo e subjetivo. Segundo González Rey (2005), a pesquisa qualitativa enfoca a subjetividade, a construção teórica e o diálogo do pesquisador com o sujeito pesquisado, e preocupa-se com a qualidade das informações, a qualidade das relações; não concebe o pesquisador como neutro, mas como ser humano inserido em uma cultura, com pensamentos e sentimentos.

3.2 Cenário onde ocorreu a pesquisa

Os Centros de Saúde das Famílias (CSFs) da sede de Sobral foram os espaços onde realizei as entrevistas desta pesquisa. Centros de Saúde das Famílias são espaços destinados a receber uma população adscrita onde equipes de saúde da família e

multiprofissionais prestam atenção à saúde das famílias, de forma programada ou não, oferecendo assistência às pessoas em todas as fases do ciclo da vida na prevenção, reabilitação e promoção da saúde. Essas equipes são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentista, agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos, como também equipes multiprofissionais.

Atualmente, Sobral possui 18 Centros de Saúde da Família na sede e 16 nos distritos. A proposta inicial da pesquisa seria com os enfermeiros da sede e dos distritos que tivessem com dois anos ou mais na ESF de Sobral (critério de inclusão), porém nos deparamos com dificuldades em relação ao deslocamento para os distritos em virtude da distância e acesso limitado ao transporte. Portanto, a pesquisa abrangeu somente os enfermeiros da sede. Foram visitados 12 CSFs da ¹⁶sede (Quadro 1), para realização da pesquisa. Nos demais CSFs, os sujeitos não estavam dentro dos critérios de inclusão e três enfermeiras de licença maternidade.

Quadro 2 - Cenário da pesquisa

Nomes dos Centros de Saúde da Família	Localização
Centro de Saúde da Família Dr. Grijalba Mendes Carneiro - CSF COELCE	Av. Senador Antônio Ermírio de Moraes
CSF Herbert de Sousa - CSF Padre Palhano.	Bairro Padre Palhano
Centro de Saúde da Família Cleide Cavalcante Sales - CSF Sumaré.	Bairro Sumaré
Centro de Saúde da Família Dr. Everton Fco. M. Mont'Alverne - CSF Terrenos Novos.	Rua Raimundo Alves - Bairro Terrenos Novos
Centro de Saúde da Família Dr. Estevam F. da Ponte - CSF Junco.	Av. John Sanford - Bairro do Junco
Centro de Saúde da Família Dr. Antônio de Pádua Neves - CSF Vila União.	Bairro Vila União
Centro de Saúde da Família Dr. José Mendes Mont'Alverne - CSF Pedrinhas.	Bairro Pedrinhas
Centro de Saúde da Família Maria Eglantine Ponte Guimarães - CSF Dom Expedito.	Bairro Dom. Expedito
Centro de Saúde da Família da Estação.	Bairro da Estação

¹⁶ Aglomerado urbano onde está o Poder Público Municipal.

Centro de Saúde da Família Alto do Cristo.	Bairro Alto do Cristo
Centro de Saúde da Família do Centro	Centro
Centro de Saúde da Família Sinhá Saboia.	Bairro Sinhá Sabóia

Fonte: Elaborado pela autora.

3.3 Universo da pesquisa

Atualmente na ESF de Sobral trabalham 78 enfermeiros, que compõem 48 equipes, atuando em 34 Centros de Saúde da Família distribuídos entre sede e distrito.

Quadro 3 - Distribuição dos enfermeiros da ESF de Sobral

CSFs	Enf.	CSFs	Enf.	CSFs	Enf.	CSFs	Enf.	CSFs	Enf.
Junco	07	Sinhá Saboia	04	Coelce	04	Expectativa	03	Estação	02
Terrenos Novos	05	D. Expedito	02	Alto do Cristo	02	CAIC	02	Tamarindo	02
Vila União	03	Pe. Palhano	03	Sumaré	03	Recanto	01	Centro	03
Aracatiaçu	03	Aprazível	02	R. Arruda	02	Jordão	02	Taparuaba	02
Caracará	01	Bonfim	01	Torto	01	Jaibaras	03	Bilheira	01
Patriarca	01	Caioca	01	COHAB II	02	Baracho	01	Alto da Brasília	04
Patos	01	Salgado	01	Pedrinhas	02	São Francisco	01		
Total	21	Total	14	Total	16	Total	13	Total	14

Fonte: SMS de Sobral.

Como critério de inclusão os sujeitos deveriam estar atuando num período igual ou superior a dois anos na ESF de Sobral. Esse critério de inclusão foi adotado por entendermos que dada à natureza da investigação, um período menor do que este de atuação seria insuficiente para uma compreensão real do processo neste contexto.

Estavam dentro deste critério 48 enfermeiros(as), entre estes foram excluídos 04 enfermeiros(as): 03 por estar de licença maternidade e 01 por afastamento administrativo.

No entanto, ao utilizar o critério de saturação definido por Minayo (2001), o universo desta pesquisa constitui-se de 20 sujeitos. Segundo Minayo (2001, p. 43), uma “[...] amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.”. Uma amostra significativa deve abranger indivíduos sociais com relevância para a investigação e não uma grande quantidade dos mesmos. Fontanella, Ricas e Turato (2008) destacam que amostras qualitativas não se atêm exclusivamente à quantidade, como em epidemiologia, mas sim à qualidade das informações obtidas e à representatividade das informações.

3.4 Instrumentos para coleta dos dados

Para a construção do *corpus* da pesquisa, utilizamos a entrevista com roteiro semiestruturado (Anexo A), detalhado e organizado, com perguntas abertas, onde os sujeitos tiveram a possibilidade de discorrer sobre o tema, abordando aspectos como: concepção de educação permanente em saúde, suas potencialidades e limites da EPS, abordagens metodológicas, transformações das práticas e aspectos que interferem na educação permanente no cotidiano dos serviços.

Conforme Minayo (2007), entrevista é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Conforme a mesma autora, a entrevista semiestruturada deve contar com um roteiro de questões ou assuntos a serem abordados de forma que as mesmas levem ao atendimento do objetivo proposto. A autora acrescenta ainda que a entrevista, como fonte de informação, fornece dados secundários e primários de natureza objetiva e os dados que se referem diretamente ao indivíduo ou subjetivos.

As entrevistas realizadas foram gravadas em aparelho de MP3, com autorização prévia do sujeito entrevistado, sendo, após, transcritas na íntegra. A identificação dos sujeitos foi realizada por meio de números arábicos mantendo o anonimato dos mesmos.

3.5 Procedimentos para a coleta de dados

Após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú, apresentamos a Secretaria de Saúde de Sobral uma cópia do projeto e a autorização do CEP para solicitar o levantamento dos enfermeiros que estavam atuando na Estratégia Saúde da Família, seus locais de trabalho e tempo de serviço.

Em seguida, após o agendamento pessoal com cada profissional, encaminhamos com documento de identificação pessoal e o TCLE para os Centros de Saúde da Família, locais onde se deram as entrevistas. Os profissionais ao serem informados mais detalhadamente sobre os objetivos da pesquisa leram e assinaram o TCLE permitindo a coleta de dados.

As entrevistas deram-se de forma individualizada, nos locais de trabalho dos participantes em horários de menor fluxo de usuários nas unidades de saúde as quais estão vinculados. Duas participantes ao serem informadas que a entrevista seria gravada optaram por não gravar, portanto, precisamos transcrever as falas das mesmas. Buscamos na medida do possível, a realização das entrevistas em ambientes mais reservados, com o objetivo de não prejudicar a coleta dos dados, registrados por gravador digital. Todavia, foi assegurada ao participante a liberdade de se ausentar para realizar outra atividade caso fosse convocada. De fato algumas interrupções aconteceram sem que, contudo, tivessem afetado ou prejudicado a coleta dos dados.

Estas tiveram em média uma duração de 30 a 45 minutos cada uma. Seguindo um roteiro semiestruturado, buscamos inicialmente informações sobre concepção de educação permanente em saúde, suas potencialidades e limites da EPS, abordagens metodológicas, transformações das práticas e aspectos que interferem na educação permanente no cotidiano dos serviços.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e, para evitar a possível identificação dos participantes, optamos por codificá-los através das iniciais ENF seguida de um número.

Para tornar a transcrição das entrevistas mais fidedignas, algumas entonações e expressões não verbais foram anotadas ao longo da transcrição no momento em que ocorreram.

Ainda na tentativa de resguardar a identidade dos entrevistados decidimos não anexar às transcrições das entrevistas a esta dissertação, por considerar que parte de seus conteúdos trazem a tona aspectos que poderiam levar a uma identificação e em virtude da

natureza das informações contidas nas mesmas poderiam revelar fatos comprometedores aos sujeitos envolvidos.

3.6 Procedimentos Éticos da Pesquisa

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e a Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral, de acordo com as normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sob o número 5053 de 20/12/2013.

No momento da coleta dos dados, respeitando as normas estabelecidas na resolução supracitada, solicitamos a todos participantes que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B). Esse documento teve como objetivo dar aos participantes explicações básicas sobre a relevância, os objetivos e realização da pesquisa, garantir-lhe o direito ao sigilo de sua identidade, assim como o direito de interromper em qualquer momento a sua colaboração com a pesquisa, caso sentisse necessidade, sem que isso implicasse qualquer constrangimento ou prejuízo à sua pessoa. Nesse aspecto, Polit e Hungler (1995) alertam que o consentimento autorizado permite aos sujeitos informações a respeito da pesquisa a ser realizada bem como o poder de livre escolha o que os capacita a consentir voluntariamente em participar da pesquisa ou negar a sua participação.

3.7 Caracterizações dos sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram compostos de 16 mulheres e 14 homens, números estes que evidenciam semelhanças substanciais quando comparados aos dados nacionais, que mostram que a enfermagem ainda é uma profissão com grande predomínio do sexo feminino. O tempo de atuação destes na ESF de Sobral varia entre 02 a 17 anos.

Quadro 4- Caracterização dos sujeitos

Sexo	Tempo de atuação	Enfermeiros
Masculino	2 a 3 anos	01
	3 a 5 anos	01
	5 a 10 anos	01
	Acima de 10 anos	01
Total		04
Feminino	2 a 3 anos	03
	3 a 5 anos	02
	5 a 10 anos	03
	Acima de 10 anos	08
Total		20

Fonte: Elaborado pela autora.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para realizar a análise dos dados da pesquisa foi utilizada a metodologia da Análise de Conteúdo Temático conceituado por Bardin (2009). Segundo essa autora, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Tentando explicitar mais sobre esse método, trazemos outros apontamentos de Bardin (2009) no qual esta define tema como unidade de significação que naturalmente emerge de um texto analisado, respeitando os critérios relativos à teoria que serve de guia para esta leitura.

Segundo Minayo (2007), essa é a forma que melhor atende à investigação qualitativa referente à saúde, uma vez que a noção de tema refere-se a uma afirmação a respeito de determinado assunto.

Assim sendo, a análise de conteúdo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. O objetivo desse tipo de análise é alcançar uma pretensa significação, um sentido estável, conferido pelo locutor no próprio ato de produção do texto. Divide-se em 03 etapas: a) Pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento de dados, inferência e interpretação. (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007).

4.1 Definição das categorias de análise

Após a transcrição, as entrevistas foram organizadas e sistematizadas através de leituras exaustivas do material transcrito. Em seguida realizamos a codificação dos dados brutos, recortes, contagem, classificação, agregação e enumeração. Os conteúdos foram recortados e agrupados em categorias e subcategorias e para facilitar a interpretação.

As categorias gerais de análise demonstradas no quadro abaixo foram definidas a partir dos eixos norteadores da entrevista. Essas categorias subdividiram-se em subcategorias a partir dos agrupamentos das respostas dos sujeitos dadas pelas semelhanças entre elas. Para cada subcategoria constituímos os elementos de análise que foram os segmentos de respostas dadas pelos sujeitos. Desse modo, em um elemento de análise foram encontradas várias respostas. A interpretação dos dados foi realizada a partir das bases teóricas que nortearam a pesquisa.

Quadro 5- Categorias Gerais de Análises

Categorias Gerais da Análise
Percepção da Educação Permanente
Transformações das práticas
Aspectos que interferem na EP
Abordagens metodológicas

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2 Categoria 1: A percepção dos enfermeiros sobre a Educação Permanente em Saúde

Quadro 6 - Percepção dos Enfermeiros

Categoria	Subcategorias
1. A percepção dos sujeitos sobre Educação Permanente	1.1 Atualizações de conhecimentos
	1.2 Aprendizado Permanente
	1.3 Processo formativo no trabalho.

Fonte: Elaborado pela autora.

A categoria Percepção dos Enfermeiros sobre Educação Permanente em Saúde foi um dos primeiros questionamentos feito nesta pesquisa e refere-se como os sujeitos compreendem a Educação Permanente em Saúde, suas visões e percepções.

Conforme os relatos, esses percebem a EPS como *Atualização de Conhecimentos (1.1)*, consideram a Educação Permanente como uma ferramenta que consegue tirar dúvidas, atualizar, renovar e acrescentar seus conhecimentos.

Na mesma categoria, também podemos observar que a EPS tem outras percepções como *Aprendizagens Permanentes (1.2)*. Para esses, A Educação Permanente precisa ser constante e permanente dentro do processo de trabalho. Sentem falta quando a Educação Permanente não está acontecendo e reconhecem a sua importância para a qualidade de seu trabalho.

A EPS também é percebida pelos enfermeiros como *Formação contínua que norteia o processo de trabalho (1.3)*, quando falam: “[...] clareia e dá continuação ao aprendizado da graduação.”.

Quadro 7 - Falas sobre as percepções

Subcategorias	Trecho das entrevistas
Atualização de conhecimentos	Enf.01- <i>A Educação Permanente é uma excelente ferramenta para a gente esta atualizando os conhecimentos, tirando as nossas dúvidas, até mesmo fazendo planejamentos para facilitar o nosso trabalho.</i> Enf.03- <i>Para os profissionais de saúde é muito bom, pois estão sempre atualizando os conhecimentos, renovando, não se fica desatualizado das coisas. Eu gosto muito de Educação Permanente.</i> Enf.07- <i>Só veio pra contribuir, acrescentar conhecimento, renovar, só veio pra melhorar. Através da EP usando protocolos, trabalhar com mais segurança, estar atualizados, tirar dúvidas, a pessoa tem base, tem segurança daquilo que aprendeu pra aplicar na sua prática.</i>
Aprendizagem Permanente	Enf.01 - <i>Eu vejo a Educação Permanente como um instrumento bastante favorável para o aprendizado do enfermeiro e consequentemente para uma boa realização do seu trabalho.</i> Enf.06 - <i>Acho que a EP é muito importante, muito proveitosa para nosso trabalho e tem que ter no território.</i> Enf.12- <i>O nome já tá dizendo, permanente, e não como tem acontecido. No início era semanal, e era trabalhado conforme a época que estávamos vivendo.</i>
Formação continua que norteia o processo de trabalho	Enf.05 - <i>EP é uma orientação contínua, um norte no meu fazer, como na saúde da criança, pré-natal, vai melhorar, nortear nosso trabalho. Quando eu percebi necessitava de EP. Até na organização do trabalho, é uma continuidade.</i> Enf.08 - <i>A EP significa uma continuação da faculdade, é quando você recebe conteúdos programáticos e estruturados para melhorar o seu trabalho no território.</i> Enf.17 - <i>A EP serve para clarear tudo aquilo que a gente já viu na universidade há muito tempo, tanto dentro dos programas, da organização dos serviços, metodologias desenvolvidas, para que a gente possa planejar as ações na ESF.</i> Enf.10 - <i>É uma proposta que veio articular as necessidades de aprendizagem em saúde e o ensino relacionado à vivência no território, ou seja, estando voltado especialmente com o que aquele trabalho pede que o profissional esteja se capacitando.</i> Enf.14 - <i>Promover processos formativos a partir da problematização do seu processo de trabalho.</i> Enf.15 - <i>Estratégia educativa, contínua fundamentada pelo processo de trabalho dos profissionais. Geralmente instituída mediante as necessidades de conhecimento dos profissionais.</i> Enf.19 <i>A educação permanente é uma bússola, um norte, mas se esta bússola não é bem gerida, a gente se perde no meio do caminho. A organização do serviço se deu pela educação permanente. A EP é de grande valia. Dá certo quando queremos fazer.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Podemos observar através dos depoimentos dos sujeitos que a percepção dos mesmos sobre Educação Permanente em Saúde foca-se em atualizações, novos conhecimentos, aprendizagem nos serviços. De acordo com os relatos, percebemos que as práticas de Educação Continuada são entendidas pela maioria dos enfermeiros como Educação Permanente.

Compreendemos que esse equívoco pode ter suas raízes no contexto o qual estamos inseridos, quando se atribui a qualquer atividade pedagógica relacionada aos serviços, o conceito de Educação Permanente.

Os sujeitos ao conceituarem a EPS como atualizações, aquisição de conhecimentos, afirmam que ao vivenciarem esta se sentem seguros para desenvolverem melhor as suas ações, como podemos observar no depoimento:

Só veio pra contribuir, acrescentar conhecimento, renovar, só veio pra melhorar. Através da EP usando protocolos, trabalhar com mais segurança, estar atualizados, tirar dúvidas, a pessoa tem base, tem segurança daquilo que aprendeu pra aplicar na sua prática. (Enf. 7).

Então eu vejo a Educação Permanente como um instrumento bastante favorável para o aprendizado do enfermeiro e conseqüentemente para uma boa realização do seu trabalho (Enf.1).

Ao analisarmos essas percepções, buscamos na literatura as afirmações de Mejia (*apud* DAVINI, 1994), que conceitua educação continuada como o conjunto de experiências subsequentes à formação inicial, que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência, para que esta seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, caracterizando assim, a competência como atributo individual.

Entretanto, a abordagem da educação permanente pauta-se a partir do conhecimento emergido das situações as quais envolvem os profissionais no seu cotidiano de trabalho, razão pela qual a torna importante para a transformação do SUS e para o desenvolvimento dos profissionais inseridos neste.

Nas instituições de saúde há uma tendência em se acreditar que o domínio do conhecimento científico é fator primordial para a qualidade dos serviços. Muitas vezes, os profissionais realizam cursos de atualização, treinamentos e capacitações com a expectativa de transformar sua prática. Nesse contexto, predomina mais uma vez “[...] o valor do atributo conhecimento em detrimento do exercício de análise das condições concretas do processo de trabalho, que aponta a necessidade de intervenções múltiplas e criativas.” (QUINTANA; ROSCHKE; RIBEIRO, 1994, p. 51).

Os sujeitos também consideraram a EPS como um processo formativo contínuo capaz de dar continuidade à aprendizagem da graduação e que esta pode nortear para melhor organização dos serviços, conforme o que observamos nas falas abaixo:

A EP significa uma continuação da faculdade, é quando você recebe conteúdos programáticos e estruturados para melhorar o seu trabalho no território. (Enf. 08).

A EP serve para clarear tudo aquilo que a gente já viu na universidade há muito tempo, tanto dentro dos programas, da organização dos serviços, metodologias desenvolvidas, para que a gente possa planejar as ações na ESF. (Enf.17).

A educação permanente é uma bússola, um norte, mas se esta bússola não é bem gerida, a gente se perde no meio do caminho. A organização do serviço se deu pela educação permanente. A EP é de grande valia. Dá certo quando queremos fazer. (Enf.19).

Reportando-nos a literatura sobre definições e conceitos da EPS, podemos identificar através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que a educação continuada tem como pressuposto pedagógico o conhecimento para definir as práticas; como objetivo, a atualização de conhecimentos específicos; percebe como público alvo os profissionais em suas especificidades, de acordo com os conhecimentos a serem trabalhados; a operacionalização é descendente, acontece a partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos. As atividades educativas são pontuais e fragmentadas, sendo construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. (ALMEIDA, 1997; MOTTA, 1998, 2002; BRASIL, 2004a; DAVINI, 2009).

Enquanto que a educação permanente em saúde segue os pressupostos pedagógicos apresentados pela OPAS/OMS, ainda na década de 80, pois parte das práticas definidas por múltiplos fatores, conhecimentos, valores, relações de poder, organização do trabalho, entre outros, a aprendizagem significativa requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos sociais envolvidos e os coloquem em posição ativa de propor e reordenar as práticas. O objetivo principal é a transformação real das práticas, o público alvo as equipes de atenção e de gestão multiprofissional e interdisciplinar em qualquer esfera do sistema. As atividades educativas são construídas de maneira ascendente, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes de saúde, identificam-se os “nós” críticos que devem ser enfrentados na atenção ou na gestão, o que possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas e

conceitos. (DAVINI, 2009; ALMEIDA, 1997; MOTTA, 1998, 2002; OPS/OMS, 2002; BRASIL, 2004a; CECCIM, 2005).

Portanto, frente aos discursos dos sujeitos podemos perceber que as suas percepções sobre Educação Permanente estão muito próximas das que são definidas pela PNEPS como Educação continuada.

4.3 Categoria 2: Transformações das Práticas dos enfermeiros a partir da Educação Permanente em Saúde

Quadro 8 - Transformação das Práticas

Categoria	Subcategoria	Elementos da análise
2. Transformação das Práticas	2.1 Conhecimentos Técnicos Científicos	2.1.1 Habilidade na realização das práticas 2.1.2 Seguimento de protocolos.
	2.2 Desenvolvimentos pessoal e profissional	2.2.1 Inter-relação com o outro. 2.2.2 Mudanças do eu. 2.2.3 Corresponsabilidade

Fonte: Elaborado pela autora.

Esta categoria tenta mostrar as transformações ocorridas nas práticas dos enfermeiros a partir da EPS. Estas transformações foram reconhecidas pelos enfermeiros através dos aspectos: Conhecimento Técnico Científico (2.1) e Desenvolvimento pessoal e profissional (2.2).

A subcategoria Conhecimento Técnico Científico (2.1) foi decomposta nos seguintes elementos de análise: *Habilidade na realização das práticas (2.1.1)*, no qual os sujeitos indicam que o conhecimento adquirido na Educação Permanente tem promovido habilitação para realização de suas atividades, considerados de grande importância para mudança de suas práticas; *Seguimento de protocolos (2.1.2)*, os sujeitos indicam que estas atividades qualificam suas práticas e dessa forma conseguem transformá-la. Os sujeitos sentem-se capazes de identificar, dar seguimento e acompanhamento às gestantes no pré-natal, atenção à pessoa com tuberculose, com hanseníase, atenção à criança, ao idoso e outras situações. Esses protocolos são definidos pelo Ministério da Saúde e ou pelo município. Esses são aplicados nas práticas dos enfermeiros através da Educação Permanente.

A subcategoria Desenvolvimento pessoal e profissional (2.2) foi decomposta nos seguintes elementos de análises: *Interrelação com o outro (2.2.1)*, em que os sujeitos apontam que a vivência com outros, trabalho em equipe e comunidade, tem mudado suas práticas. Os enfermeiros atribuem essas mudanças a uma Educação Permanente do cotidiano, que os leva a refletir a necessidade de se relacionar melhor com o outro.

No elemento de análise *Mudança do eu (2.2.2)*, os sujeitos relatam que as mudanças aconteceram na visão de mundo, nas concepções, na forma de perceber as situações. No elemento de análise *Corresponsabilização (2.2.3)*, apontam como uma mudança que depende de cada profissional, como uma corresponsabilidade para que o processo de mudanças possa ser possível.

Quadro 9 - Falas sobre transformações

Elementos da análise	Trecho das falas
Habilidade na realização das práticas	Enf.02 - Já aconteceram mudanças sim, primeiras na qualidade do atendimento, porque a gente com mais conhecimento daquilo que fazemos é muito importante para condução do caso do paciente. Eu acho que a Educação Permanente dá suporte teórico a gente, para melhorar nossa prática. Enf.09 - Sem dúvida, o que eu já recebi de informações de todo esse processo, possibilitou transmitir positivamente o meu trabalho. Enf.10 - atender, acolher, o paciente de forma que sua queixa/demanda vá além do que se conhece e seja investigado pelo profissional que vem sendo capacitado na EP.
Seguimento de protocolos	Enf.03- Aumentei os conhecimentos em puericultura, em saúde da criança, hanseníase, tuberculose. Sobre saúde em geral muitas coisas melhoraram, através da Educação Permanente. Enf.04 – A gente lembra, eu comecei na assistência, mesmo com dificuldade, e assim algumas condutas a gente tira realmente é da educação permanente, como o pré-natal, antes eu pegava muito os livros de protocolo, hoje eu nem pego mais, por que quando tem alguém com problema eu já sei que tá lá no protocolo, e a gente já vai botando em prática, no caso também a puericultura, Hanseníase eu aprendi muito nas educação permanente, por que na faculdade eu não aprendi. A gente no dia a dia vai colocando em prática e nem percebe que é da educação permanente, depois a gente vai perceber que foi. Tuberculose e hanseníase na faculdade a gente viu muito pouco, aprendi com o tempo e a vivência, com a educação permanente. Enf.05 - Até pra receber mapa agora está diferente. Olha todo mapa dos Agentes Comunitários de Saúde. A gerente já planeja EP com auxiliares. Enf.10 - As mudanças sempre foram positivas, levando-me a: 1) Realização de consultas conforme protocolo de patologias e afecções.

	2) Ficar sob alerta diante das necessidades quanto a vigilância epidemiológica. 3) Dar mais ênfase ao monitoramento de indicadores. Enf.14 Quando são pertinentes sim, como por exemplo, Sífilis, Fluxograma, Testagem Rápida, também, Hanseníase. Enf.15 - A uniformidade do processo de capacitação onde os profissionais seguem os protocolos estabelecidos
Interrelação com o outro	Enf.06 - Já faz tanto tempo, que às vezes (risos) que eu já estou nessa EP que... Acho que mudei muito meu comportamento em interagir com o usuário, com os colegas de trabalho. Enf.08 - Uma das estratégias foi o acolhimento, no CSF, na comunidade, como desenvolver melhor ações educativas, trabalho em grupos, relacionar melhor com agentes de saúde dentro de nosso território, com outros profissionais. É importante a gente fez e vivenciou a Oficina da Gentileza, por todos da equipe, é importante que a EP seja pra todos os profissionais. Dentre isso foi bastante relevante a educação permanente dos meus agentes de saúde, para eles mesmos e pra eles melhorarem o seu trabalho na comunidade.
Mudanças do eu	Enf.03 - Eu melhorei em todos os aspectos. Ajudou muito, mais do que eu já sabia. Sobre saúde em geral, muitas coisas melhoraram, através da Educação Permanente. Enf.06 - A nossa formação no nosso tempo era mais rígida, a gente tem que ser daquele jeito, agora a gente procura outros meios e percebe que tem que mudar, A minha vivência e a EP me ajudou nessas mudanças. Enf.09 Claro, sem dúvida. Muitas coisas que a gente no nosso dia a dia enxergava de uma forma a Educação Permanente de fato faz nós refletirmos acerca do nosso fazer, então por vezes quando participei desse processo de Educação Permanente, sem dúvida, não só mesmo a questão teórica, a nossa prática, a nossa vivência modifica muito, é muito relevante a Educação Permanente. Enf.06 - Foi muito valoroso na minha vida, pois eu era uma enfermeira formada e parada, e a educação permanente pra mim como profissional aumentou minhas capacidades.
Corresponsabilidade	Enf.13- No meu caso, meu emprego foi aqui, o que eu sou em parte, cinquenta por cento é o meu interesse, e cinquenta por cento, fui formada aqui, fiz muitos treinamentos, jornadas, mostra, no início a gente fazia muita coisa, participava de eventos, pra mim foi muito importante, contribuiu muito. Enf.12- Isso depende de cada profissional, do interesse de cada um, tem muita coisa que a gente aprende com o dia a dia, com algumas leituras, que é maravilhosa, e, quando tem um momento de EP, a gente não deve perder, tem que participar ativamente, porque sempre é crescimento, sempre foi crescimento.

Fonte: Elaborado pela autora.

Podemos perceber que houve transformações importantes nas práticas dos sujeitos, que estas mudanças aconteceram no decorrer de suas vivências na Estratégia Saúde

da Família e muitos atribuem ao conhecimento adquirido no processo de Educação Permanente em Saúde.

4.3.1 Conhecimento Técnico Científico

O município tem investido em ações de Educação Permanente em Saúde, e estas se voltam principalmente para os conhecimentos técnicos que possam habilitar melhor os enfermeiros que atuam na ESF. Estes conhecimentos e habilidades são considerados elementos transformadores das suas práticas. Vejamos nos depoimentos abaixo:

Já aconteceram mudanças sim, primeiras na qualidade do atendimento, porque a gente com mais conhecimento daquilo que fazemos é muito importante para condução do caso do paciente. Eu acho que a Educação Permanente dá suporte teórico a gente, para melhorar nossa prática. (Enf. 02).

Os enfermeiros da ESF de Sobral utilizam ¹⁷protocolos clínicos instituídos pelo Ministério da Saúde e ou pelo município para atendimento à gestante, à criança, atenção à pessoa com tuberculose, com hanseníase, com diabetes, hipertensão arterial, com sífilis, com suspeita de dengue, entre outros.

A EPS promoveu habilidades para seguimento de protocolos que podem gerar resolutividade e autonomia no processo de trabalho dos enfermeiros da ESF. Faz parte das rotinas na organização dos serviços, dos fluxos assistenciais, seguimento de casos. Portanto, consideram que o apoderamento desta tecnologia propiciou mudanças nas suas práticas.

A gente lembra, eu comecei na assistência, mesmo com dificuldade, e assim algumas condutas a gente tira realmente é da educação permanente, como o pré-natal. Antes eu pegava muito os livros de protocolo, hoje eu nem pego mais, por que quando tem alguém com problema eu já sei que tá lá no protocolo, e a gente já vai botando em prática, no caso também a puericultura, hanseníase eu aprendi muito na educação permanente, por que na faculdade eu não aprendi. A gente no dia a dia vai colocando em prática e nem percebe que é da educação permanente, depois a gente vai perceber que foi. Tuberculose e Hanseníase na faculdade a gente viu muito pouco, aprendi com o tempo e a vivência, com a educação permanente. (Enf. 04).

Esses depoimentos leva-nos a refletir sobre a Política de Educação Permanente a qual aponta que a EPS procura transformar problemas identificados na vida cotidiana dos serviços em problemas educacionais, visando à produção de um atendimento integral e qualificado. (BRASIL, 2004).

¹⁷ Segundo Ministério da Saúde do Brasil (2013), Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas têm o objetivo de estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento das doenças com as respectivas doses adequadas e os mecanismos para o monitoramento clínico. Também, objetivam criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz.

Para Ribeiro e Mota (2005), a aprendizagem através de capacitações só será efetiva quando os atores tomarem consciência do problema e nele se reconhecerem, tornando possíveis as mudanças necessárias. Porém, para os profissionais de saúde assumirem a condição de atores é necessário que estes deixem de ser coadjuvantes dos serviços para tornarem-se protagonistas deste processo assumindo um lugar central, de atores sociais das reformas e de práticas de atenção à saúde. (CECCIM, 2004, 2005).

Dessa forma, a EPS faz-se cada vez mais necessária, pois ainda há dificuldades que permanecem pela formação dos profissionais centrada no tecnicismo e biologicismo.

4.3.2 Crescimento pessoal e profissional

Os sujeitos afirmam que a Educação Permanente conseguiu propiciar novas visões de mundo, mudar a forma de se relacionarem com os outros, com equipe de trabalho e comunidade. Percebemos emoção nas falas de alguns entrevistados quando relatam desse tipo de mudança:

Já faz tanto tempo, que às vezes (risos) que eu já estou nessa EP que... Acho que mudei muito meu comportamento em interagir com o usuário, com os colegas de trabalho. (Enf. 06).

Embora os sujeitos reconheçam na Educação Permanente um espaço instituído para receber e atualizar conhecimentos, é muito importante ressaltar a fala de alguns ao afirmarem que a educação permanente conseguiu transformar a forma de se relacionarem com outros trabalhadores da equipe, inclusive com a comunidade.

Emerge dos depoimentos as “mudanças do eu”. Atribuem as suas mudanças pessoais ao processo de educação permanente por eles vivenciados, como podemos observar nos depoimentos abaixo:

Eu melhorei em todos os aspectos. Ajudou muito, mais do que eu já sabia. Sobre saúdes em geral, muitas coisas melhoraram, através da EP. (Enf. 03).

A nossa formação no nosso tempo era mais rígida, a gente tinha que ser daquele jeito. Agora a gente procura outros meios e percebe que tem que mudar, A minha vivência e a EP me ajudou nessas mudanças. (Enf. 06).

Foi muito valoroso na minha vida, pois eu era uma enfermeira formada e parada, e a educação permanente pra mim como profissional aumentou minhas capacidades. (Enf. 07).

Nesse sentido, encontramos base no trabalho de Morin (2003) para justificar e fundamentar as questões relatadas nos depoimentos. Quando o autor se refere à educação, diz que ela corresponde a toda modalidade de influências e interrelações que convergem para a

formação de traços de personalidade social e do caráter, implicando uma concepção de mundo, ideais, valores, modos de agir, que se traduzem em convicções ideológicas, morais, políticas e princípios de ação frente a situações e desafios da vida prática.

Para isso, é importante salientar que se compreende competência como um conceito político educacional que envolve articulação, mobilização de conhecimentos, habilidades teóricas práticas, atitudes e valores éticos que permitem ao profissional o exercício eficaz e eficiente de seu trabalho. Ainda, possibilita a sua participação consciente, crítica e ativa no mundo do trabalho e também sua autorrealização. (RIBEIRO; MOTTA, 2005).

Com vistas a isso, a Educação Permanente busca uma atuação criadora e transformadora dos profissionais nos serviços de saúde entre seus trabalhadores e usuários do sistema, pois a transformação do processo de trabalho surge de uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. (CECIM, 2004, 2005).

Um dos pressupostos pedagógicos da Educação Permanente é que as práticas são definidas por múltiplos fatores (construção do conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho) e estão centradas nas relações entre os sujeitos no mundo do trabalho. (LOBATO, 2010). Assim, o Ministério da Saúde, em 2005, colocou como um dos resultados esperados dos processos de educação permanente a “[...] a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados.” (BRASIL, 2005c, p. 14).

A corresponsabilização embora tenha sido colocada por poucos como mudanças de suas práticas, achamos importante destacar por compreender que quando o enfermeiro atribui também a si a responsabilidade da Educação Permanente, ele está mudando as suas práticas. Ele começa a perceber que faz parte desse processo como sujeito ativo.

Isso depende de cada profissional, do interesse de cada um, tem muita coisa que a gente aprende com o dia a dia, com algumas leituras, que é maravilhosa, e quando tem um momento de EP, a gente não deve perder, tem que participar ativamente, porque sempre é crescimento. (Enf. 12).

No meu caso, meu emprego foi aqui, o que eu sou em parte, cinquenta por cento é o meu interesse, e cinquenta por cento fui formada aqui, fiz muitos treinamentos, jornadas, mostra, no início a gente fazia muita coisa, participava de eventos, pra mim foi muito importante, contribuiu muito. (Enf. 13).

Os enfermeiros sentem-se corresponsáveis pelo seu aprendizado e consideram isso uma mudança proporcionada pela Educação Permanente em Saúde. Isso nos remete ao

processo de reflexão das práticas como uma das estratégias para as mudanças e transformações necessárias ao cotidiano dos serviços.

4.4 Categoria 03: Aspectos que interferem na Educação Permanente

Quadro 10 - Aspectos que interferem na EPS

Categoria	Subcategoria	Elementos da análise
3. Aspectos que interferem na Educação Permanente	3.1 Fatores que fragilizam a Educação Permanente em Saúde	3.1.1 Ausência da Educação Permanente no local de trabalho. 3.1.2 Ausência de práticas na EPS 3.1.3 A Falta do planejamento participativo. 3.1.4 Fragilidade na sistematização. 3.1.5 EPS desarticulada com as necessidades dos serviços. 3.1.6 Temáticas que trazem pouco significado.
	3.2 Fatores que favorecem a Educação Permanente	3.2.1 Apoio da Escola de Formação em saúde da Família Visconde de Saboia. 3.2.2 Organização dos territórios por macroáreas.

Fonte: Elaborado pela autora.

Nesta categoria, buscamos analisar os aspectos que interferem na Educação Permanente através da qual podemos identificar duas subcategorias: Fatores que fragilizam a Educação permanente (3.1) e Fatores que favorecem a Educação Permanente em Saúde (3.2).

A subcategoria Fatores que Fragilizam a Educação Permanente em Saúde, foi decomposta nos elementos de análises: *Ausência da Educação Permanente no local de trabalho (3.1.1)*, no qual os sujeitos destacam a ausência da Educação Permanente nos seus locais de trabalho; *Ausência de práticas na EPS (3.1.2)*, em que os sujeitos apontam para as necessidades que têm de vivenciar práticas no processo de Educação Permanente e enfatizam aquelas específicas da enfermagem, uma vez que hoje a Estratégia Saúde da Família demanda procedimentos de grandes complexidades; *A Falta do planejamento participativo (3.1.3)*,

verificamos a necessidade que os enfermeiros têm de participarem do planejamento da Educação permanente para que eles possam também discutirem sobre temáticas referentes aos seus territórios, planejamento e avaliação; *Fragilidade na Sistematização (3.1.4)*, em que os sujeitos apontam uma desaceleração, pouca organização das atividades de Educação Permanente; *EPS desarticulada com os serviços (3.1.5)*, podemos verificar através das falas dos sujeitos que existem demandas nos serviços que não estão sendo contempladas na Educação Permanente e muitos consideram que estas demandas são contempladas de forma parcial; *Temáticas que trazem pouco significado (3.1.6)*, em que os sujeitos apontam que existem algumas temáticas que não consideram importante para seu processo de trabalho.

A subcategoria Fatores que Favorecem a Educação Permanente (3.2) foi decomposta nos seguintes elementos de análise: *O Apoio da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (3.2.1)*, no qual os sujeitos apontam a importância da EFSFVS para a sua Educação Permanente e *Organização por macroáreas de saúde (3.2.2)*, em que os sujeitos relatam como foi positivo a divisão das ¹⁸macroáreas para o processo de Educação Permanente.

¹⁸ Espaço geográfico que abrange vários territórios com similaridade epidemiológica e social.

Quadro 11 - Falas sobre o que interferem

Elementos de análise	Trecho das falas
Ausência da Educação Permanente no local de trabalho.	Enf.16 – [...] que fosse direcionado ao território, vir alguém pra cá numa roda uma vez por mês, usando estratégias de o que fazer, onde agir, pra não ser somente teoria, direcionada ao território, coisas práticas. Enf.18 - [...] coisas direcionadas ao território, coisas práticas. Já tivemos muito anos de aula, material, treinamento, avaliadas muito boas, mas assim seria uma coisa diferente, dentro do processo de trabalho, como na residência, direcionado para o trabalho, para nossa dificuldade. Enf.20 - No momento não está havendo ep. A EP está sendo com os profissionais, preceptores e escola... Enf.19 - Não existe EP nos serviços salvo as preceptorias
Ausência de práticas na EPS	Enf.14 - [...] E a nossa Educação Permanente cobrir também essa parte da prática seria excelente para nós, porque tem alguns procedimentos que é preciso na atenção primária e às vezes a gente perde um pouco daquela prática, então é necessário que a gente reveja essa prática, esse procedimento, para que a gente possa dar um melhor acompanhamento ao paciente que esta necessitando daquilo, porque a gente passa por uma situação que às vezes a gente fica inseguro em fazer, porque se a gente viu em estágio ou em algum curso a gente já esta um pouco esquecido. Enf.08 - As necessidades que tenho de EP estão relacionadas aos meus pacientes acamados, eu sinto necessidade de um treinamento voltado para ações específicas como passar uma sonda enteral, nasogástrica, não tenho tanto manejo, sei na teoria, mas na prática não. Fico receosa de estar fazendo ou fazer errado Tem HOME CARE, mas nem sempre eles podem. Necessito de uma aula prática sobre estes procedimentos Enf.02 - Então, eu queria pedir que fosse incluída, a prática também na Educação Permanente, essa pratica poderia ser feita na unidade de saúde para facilitar os trabalhos ou no hospital, com uma supervisão, com preceptorias seria mais fácil, até para o sistema de saúde do município, fazer também essa prática, por exemplo, de procedimentos relacionados a parte de sonda nasogástrica, acho que isso poderia ser feito naquele território que tem um paciente faz uso dessa sonda, e também outras situações que a gente também precisa dessa prática, se for possível a parte de obstetria, não a teoria, mas também a prática Enf.16 - Agora, em minha opinião, eu acho que Educação Permanente esta faltando completar essa Educação Permanente, levar a gente, inserir a gente também no processo de prática das atividades dos procedimentos.
	Enf.20 - Acredito que as necessidades seriam mais bem atendidas se a gente que esta recebendo Educação Permanente participasse desse processo Enf.13 - Haja vista que nós identificamos as nossas necessidades, então acho que a nossa participação deveria ser um pouco mais efetiva, não de forma verticalizada, chegar usar assuntos prontos pra

A Falta do planejamento participativo.	<i>nós e sim haveria de ser um debate uma discussão até uma reflexão sobre de fato às necessidades.</i> Enf.16 - <i>Então acho que de uma forma constante deveria ser debatido esses assuntos. Nós que recebemos educação Permanente deveríamos participar de forma mais efetiva.</i> Enf.01 - <i>Que nós pudéssemos escolher o tema de acordo com nossa necessidade, ou por sazonalidade, doenças diarreica, calazar, tuberculose gestante.</i> Enf.18 - <i>Assim como o EP é um processo efetivamente permanente também deve ser avaliada, e, mas uma vez eu bato nessa tecla que a gente possa participar de forma mais efetiva desse processo.</i>
A Fragilidade na sistematização	Enf.01 - <i>Hoje, ela está devendo. Se você me perguntar quando eu fui a ultima Educação Permanente, eu não me lembro. Mas ela se faz muito importante, mas hoje em dia esta sendo muito pouco por parte da secretaria. Estão sendo elaboradas poucas questões de Educação Permanente, há um ano se fazia bem mais, se eu não me engano era uma vez por mês. Atualmente não tem.</i> Enf.02 - <i>Só queria que tivesse mais vezes, retomasse o que era há um ano, fosse mais constante, uma vez no mês pelo menos, eu acho bem válido a gente estar sempre renovando.</i> Enf.15 - <i>Essa desaceleração que aconteceu deixa o trabalho mais fragilizado, porque isso não pode acontecer na área da saúde, ela não é uma área que é estagnada, está sempre aparecendo conceitos novos, novas doenças, novas situações, e você tem que está esperto para isso tudo, e a Educação Permanente é uma forma de você está ligado do que esta acontecendo de novidades, do que esta mudando em relação a procedimentos.</i> Enf.17 - <i>{...} atualmente não está tendo EP, mas no início foi muito bom. Faz-se necessário ter mais educação permanente na nossa rotina.</i> Enf.05 - <i>Esta faltando reorganização, de ser permanente, de ter um calendário, pactuada com o sistema.</i> Enf.19 - <i>De uns tempos para cá ela tem se feito de uma forma muito dispersa. Não tem continuidade.</i> Enf.20 - <i>Chama de repente, em cima da hora, às vezes a gente nem pode ir.</i> Enf.04 - <i>Atualmente está tendo menos EP, mas no início foi muito bom. Acho que se fosse em outro município eu não teria a bagagem que tenho hoje.</i>
	Enf.08 - <i>Que a gente pudesse escolher por necessidade do território, que fosse direcionado ao território. Houve uma época que era de acordo com as necessidades. Houve uma avaliação das necessidades para EP.</i> Enf.06 - <i>Acho que tem que ser direcionada e ver as necessidades do profissional, porque pré-natal tem protocolo, puericultura. Temos a tuberculose que tem protocolo, mas temos dificuldade com a adesão ao tratamento, Caso de sífilis também, não para seguir o protocolo,</i>

EPS desarticulada com as necessidades dos serviços	<i>mas como saber conduzir com as situações de abandono.</i> Enf.02 - <i>Porque o meu território eu posso ter uma necessidade x, em um território diferente a necessidade pode ser outra.</i> Enf.07 - <i>Que a gente pudesse escolher por necessidade. Ou por macro área, necessidades do território, que fosse direcionado ao território, coisas direcionadas ao território, coisas práticas.</i> Enf.06 - <i>Acho que poderia ser trabalhada mais essa questão dessa competência, não da parte técnica, mas do conhecimento do entendimento como orientar o cuidado, criar vínculo, inspirar confiança, a questão da ética, deveria ser mais trabalhada.</i> Enf.16 - <i>Hoje eu preciso de um estágio para cuidado do idoso., as vezes tenho dificuldades no manejo das pneumonias, fico insegura de mandar para os hospital. E a questão da violência? O meu índice de atendimento a álcool e tabaco é muito baixo, por conta do manejo. Tenho grande dificuldade no manejo com usuários de álcool droga e tabaco. O que temos na área é tiroteio, as mulheres têm maridos presidiários, todo dia é tiroteio, cadê o apoio a estas famílias? Eu estou perdida sem saber o faça.</i> Enf.13 - <i>Sim, quando são levantadas as temáticas do dia a dia com uma abordagem objetiva e empática para o rendimento com excelência, entretanto atualmente não tem sido bom porque tem se direcionado apenas para o PMAQ, e a proposta de EP vai sendo deixada de lado.</i> Enf.03 - <i>Dá conta, mas tem que está sempre renovando. Por exemplo, uma pessoa que já faz dois ou três anos que foi visto, é bom rever de novo. Nunca é demais repetir o aprendizado. E às vezes não se tem tempo para estar estudando e acaba esquecendo alguma coisa e a Educação Permanente já vem dedicado a nós.</i> Enf.07 <i>Acho que sim, não integral, mas ajuda muito.</i> Enf.05 - <i>Acho que sim, se não contemplar temos a quem recorrer, os tutores, coordenadores, equipe de apoio da secretaria de saúde, e termina sendo uma educação permanente.</i> Enf.09 - <i>É assim, são... Agora eu digo que de forma parcial!</i> Enf.05 - <i>Mas quando são realizadas a Educação Permanente, claro que contempla, é óbvio, mas eu enfatizo essa questão de parcialmente justamente por a gente não participar desse processo.</i> Enf.10 - <i>Uma observação, só uma crítica. Ela contempla a parte,</i>
Temáticas que trazem pouco significado para os enfermeiros	Enf.05 - <i>Conversas paralelas, o desinteresse de alguns profissionais, isso atrapalha, tira atenção.</i> Enf.08 - <i>Não é muito interessante quando os assuntos não são do nosso interesse, do nosso fazer, quando é só pra cumprir tabela.</i> Enf.09 - <i>Na escolha de temáticas, as necessidades são diferentes.</i> Enf.10 - <i>As temáticas muitas vezes não são interessantes para todos os enfermeiros.</i>
	Enf. 6 - <i>Escola de saúde, pessoas preparadas, tutores.</i>

Apoio da EFSFVS	<i>Enf. 09 - A troca de ideias, experiências, aprimoramento, conviver com pessoas da mesma categoria, de várias realidades.</i>
Organização dos territórios por macro áreas	<i>Enf.02 - O método hoje eu acho correto, divisão de macro áreas, a aprendizagem se torna melhor, mais fácil da gente absorver, aprender.</i> <i>Enf.20 - Teve uma melhora, antes era todo mundo numa sala, não tinha discussão de casos, muitas conversas paralelas, era uma apresentação, como uma aula.</i> <i>Enf.04- Houve uma reavaliação. Foi dividido por macro área e com discussão de casos clínicos, é bem melhor que você ter uma informação e não levar muita coisa para a prática. O caso clínico traz mais contribuição pra você.</i> <i>Enf.19 - Depois que foi dividida em turma I e turma II já melhoraram bastante. Eu não vejo nenhuma metodologia ruim, mesmo que não seja oficina.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Nesta categoria, Aspectos que Interferem na Educação Permanente, identificamos as fragilidades, potencialidades e outros fatores que de alguma forma podem interferir positiva ou negativamente na EPS dos enfermeiros.

4.4.1 Fatores que fragilizam a Educação Permanente

Consideram que existe ausência da Educação Permanente em Saúde nos seus locais de trabalho e isso é apontado como uma deficiência. Consideram também importantes que os assuntos abordados na EPS sejam pertinentes ao território, com discussões práticas.

[...] que fosse direcionado ao território, vir alguém pra cá numa roda uma vez por mês, usando estratégias de o que fazer, onde agir, pra não ser somente teoria, direcionadas ao território, coisas práticas. (Enf. 16).

Já tivemos muito anos de aula, material, treinamento, avaliadas muito boas, mas assim seria uma coisa diferente, dentro do processo de trabalho, como na residência, direcionado para o trabalho, para nossa dificuldade. (Enf. 18).

Os depoimentos revelam incômodo por compreenderem que não acontece EPS nos serviços. Demonstram a compreensão de que a EPS nos serviços seria mais significativa e que esta precisa ser coerente com a realidade de cada território.

Constatamos que a Educação Permanente dos enfermeiros acontece na forma de encontros fora do território de atuação, onde um facilitador discute uma temática pertinente ao momento epidemiológico do município.

Um aspecto que chama atenção nesse tema é o fato dos sujeitos colocarem a não existência de Educação Permanente no território, mas quando questionados sobre a existência

da Preceptoria e tutoria no território, todos afirmam que estas existem de forma regular e sistemática. Daí percebemos que os enfermeiros não consideram os momentos de discussões com as preceptorias ou tutorias ou outros que tragam reflexões das práticas no território como Educação Permanente em Saúde. Para eles, a Educação Permanente precisa de uma temática e um facilitador que discuta uma temática, embora considerem importante que essa aconteça nos próprios serviços e que as temáticas sejam inerentes à realidade do território.

Diante de algumas experiências descritas na literatura científica, a realização da atividade fora do serviço, além de enfrentar problema de o profissional ter que sair do CSF, tem pouco retorno para o processo de trabalho no micro espaço da CSF. (PEDUZZI *et al.*, 2009). Já Davini (2009) relata que as modalidades do tipo capacitações são as estratégias mais desenvolvidas no enfrentamento das situações vivenciadas nos serviços de saúde. Isso quer dizer que tais capacitações diversas vezes apresentam-se como alternativas de fortalecimento de conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas para as organizações que não dispõem de outros meios, pelo menos em escala suficiente.

É preciso assinalar que as demandas dos processos educativos devem surgir da problematização da práxis dos profissionais e não tão somente de demandas individuais dos gestores.

Outro fator que fragiliza é *ausência de práticas na EPS*, fica evidente na fala dos sujeitos a necessidade que têm de Educação Permanente com abordagens práticas e principalmente voltadas a procedimentos específicos da categoria de enfermagem, como podemos perceber nos depoimentos:

[...] E a nossa Educação Permanente cobrir também essa parte da prática seria excelente para nós, porque tem alguns procedimentos que é preciso na atenção primária e às vezes a gente perde um pouco daquela prática, então é necessário que a gente reveja essa prática, esse procedimento, para que a gente possa dar um melhor acompanhamento ao paciente que está necessitando daquilo, porque a gente passa por uma situação que às vezes a gente fica inseguro em fazer, porque se a gente viu em estágio ou em algum curso a gente já está um pouco esquecido. (Enf.14).

As necessidades que tenho de EP estão relacionadas aos meus pacientes acamados, eu sinto necessidade de um treinamento voltado para ações específicas como passar uma sonda enteral, nasogástrica, não tenho tanto manejo, sei na teoria, mas na prática não. Fico receosa de estar fazendo ou fazer errado. Tem HOME CARE, mas nem sempre eles podem. Preciso de uma aula prática sobre estes procedimentos. (Enf. 08).

Então, eu queria pedir que fosse incluída, a prática também na Educação Permanente, essa prática poderia ser feita na unidade de saúde para facilitar os trabalhos ou no hospital, com uma supervisão, com preceptoria seria mais fácil, até para o sistema de saúde do município, fazer também essa prática, por exemplo, de procedimentos relacionados a parte de sonda nasogástrica, acho que isso poderia ser feito naquele território que tem um paciente faz uso dessa sonda, e também outras

situações que a gente também precisa dessa prática, se for possível a parte de obstetrícia, não a teoria, mas também a prática. (Enf. 02).

Nesse aspecto, podemos perceber que os enfermeiros sentem-se inseguros na realização de certos procedimentos específicos de sua categoria. Tendo em vista a complexidade que hoje a Estratégia Saúde da Família demanda, muitas vezes o enfermeiro necessita cuidar de pessoas em internação domiciliar para procedimentos como sondagem nasogástrica, vesical e ou outras demandas mais específicas da atenção hospitalar. Embora considerem que existe o serviço da Atenção Domiciliar do Município, porém este não exclui a prestação de cuidados do enfermeiro da ESF. Notamos que os sujeitos não estão preparados para realização desses procedimentos, tendo em vista não ser um procedimento corriqueiro, mas que tem aumentado muito no decorrer dos anos.

Compreendemos que momentos de práticas no processo de EPS torna-se muito rica a aprendizagem, porém devemos refletir sobre os apontamentos de Ceccim (2005) ao enfatizar a importância do desenvolvimento de atividades práticas, alerta para o fato de que não se deve tratar apenas da aplicação prática ou treinamento de técnica específica, aproveitando-se o ambiente e os insumos do serviço, mas da realização de atividades reflexivas, críticas, que possam gerar a transformação ou melhoria da própria prática.

Para Davini (2009), a realização de atividades práticas pode ser uma das alternativas para se desenvolver as competências e habilidades específicas da equipe. A autora sinaliza que para se produzir mudança nas práticas e, sobretudo, para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática.

A associação entre teoria e prática é imprescindível para os processos educativos em saúde. Davini (2009) orienta para o desenvolvimento da EPS que as estratégias educativas sejam modificadas de forma substancial de maneira que a prática (o próprio fazer) seja o ponto de partida para a reflexão, a construção do conhecimento e das alternativas de ação. A autora não desconsidera a importância da difusão da informação, desde que de forma integrada à compreensão dos problemas concretos.

Ao assinalar a carência de ações mais práticas na educação permanente, percebemos também em alguns comentários uma alusão, ainda que indireta, a necessidade de aprofundamento dos temas trabalhados. Ramos (2003, p. 45) corrobora com essas reflexões ao afirmar que:

A formação em saúde pode, então, se organizar em torno das atividades profissionais, desde que se distinga a existência, de um lado, de saberes práticos que,

embora possam formalizar-se, permanecem, quase sempre, imanentes à ação em que intervêm e, por outro lado, de saberes teórico e conceitos científicos formalizados que, por esse fato, tornaram-se independentes das ações.

A Falta do Planejamento Participativo foi apontada como um elemento fragilizador da EPS. Os sujeitos colocam que deveriam participar de forma mais efetiva da organização e planejamento desta, para que os mesmos pudessem apontar e refletir sobre as necessidades referentes aos seus territórios. Percebemos na fala de um dos sujeitos que a EPS acontece de forma verticalizada e seus organizadores já chegam com as temáticas prontas:

Acredito que as necessidades seriam mais bem atendidas se a gente que esta recebendo Educação Permanente participasse desse processo. (Enf. 20).

Haja vista que nós identificamos as nossas necessidades, então acho que a nossa participação deveria ser um pouco mais efetiva, não de forma verticalizada, chegar usar assuntos prontos pra nós e sim haveria de ser um debate uma discussão até uma reflexão sobre de fato às necessidades. (Enf. 13).

Então acho que de uma forma constante deveria ser debatido esses assuntos. Nós que recebemos educação Permanente deveríamos participar de forma mais efetiva. (Enf.16).

Que nós pudéssemos escolher o tema de acordo com nossa necessidade, ou por sazonalidade, doenças diarreica, calazar, tuberculose gestante. (Enf. 01).

Assim como o EP é um processo efetivamente permanente também deve ser avaliada e, mas uma vez eu bato nessa tecla que a gente possa participar de forma mais efetiva desse processo. (Enf.18).

Essas afirmações corroboram com Vicent (2007) ao apresentar como características comuns dos programas de capacitações a desarticulação entre as gerências envolvidas e compartimentalização por categorias profissionais, associando-as ao fato de que os profissionais a serem capacitados quase nunca participam do planejamento das ações educativas. Geralmente, os programas são ministrados por profissionais que desconhecem o processo de trabalho na instituição e até mesmo os objetivos do programa de capacitação.

O mesmo autor declara que, como consequência, os programas são centrados nos procedimentos técnicos a serem executados pelos profissionais, que por sua vez configuram-se como meros espectadores do processo. Isso quando não são convocados ou obrigados a participar das capacitações, demonstrando-se descomprometidos e desinteressados ou até mesmo resistentes às ações e às possibilidades de mudança.

Ainda na mesma linha de pensamento, Siqueira (2001) aponta que esse processo não deve ser de cima para baixo, mas em linha horizontal, com participação do grupo. Essa forma de agir envolve, além das ideias criativas, a discussão e o diálogo. É através do diálogo, da ousadia, do aproveitamento das ideias emergidas, da intuição e da criatividade, que é

possível alcançar novas visões, impossíveis de serem alcançadas individualmente.

Percebemos a importância da participação e aproximação de todos os elementos na discussão, no planejamento e nas ações de Educação Permanente. Dessa forma, consideramos que a redução da hierarquia e a descentralização das decisões contribuem para a implementação de novas estratégias em consonância ao marco conceitual da EPS. Assim, as possibilidades de inovação e mudança das concepções e práticas dentro das organizações dependem da ruptura com a alienação do trabalho, do resgate da possibilidade de produzir conhecimento a partir das práticas, do desenvolvimento de recursos estratégicos que contribuem para a democratização da gestão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A Falta na Sistematização na EPS foi apontada também como um fator fragilizador. Identificamos na fala dos sujeitos que esta já passou por períodos mais organizados e sistematizados. Relatam que no passado existia uma programação previamente definida com datas e horários para que os mesmos se organizassem com suas agendas.

Portanto, apontam a importância da sistematização e organização da Educação Permanente para o seu processo de trabalho, conforme relatos abaixo:

Hoje, ela está devendo. Se você me perguntar quando eu fui a ultima Educação Permanente, eu não me lembro. Mas ela se faz muito importante, mas hoje em dia esta sendo muito pouco por parte da secretaria. Estão sendo elaboradas poucas questões de Educação Permanente, há um ano se fazia bem mais, se eu não me engano era uma vez por mês. Atualmente não tem. (Enf. 01).

Só queria que tivesse mais vezes, retomasse o que era há um ano, fosse mais constante, uma vez no mês pelo menos, eu acho bem válido a gente estar sempre renovando. (Enf. 02).

Essa desaceleração que aconteceu deixa o trabalho mais fragilizado, porque isso não pode acontecer na área da saúde, ela não é uma área que é estagnada, está sempre aparecendo conceitos novos, novas doenças, novas situações, e você tem que está esperto para isso tudo, e a Educação Permanente é uma forma de você está ligado do que esta acontecendo de novidades, do que esta mudando em relação a procedimentos. (Enf. 15).

[...] atualmente não está tendo EP, mas no início foi muito bom. Faz-se necessário ter mais educação permanente na nossa rotina. (Enf. 17).

Esta faltando reorganização, de ser permanente, de ter um calendário, pactuada com o sistema. (Enf. 05).

De uns tempos para cá ela tem se feito de uma forma muito dispersa. Não tem continuidade. (Enf. 19).

Chama de repente, em cima da hora, às vezes a gente nem pode ir. (Enf. 20).

Atualmente está tendo menos EP, mas no início foi muito bom. Acho que se fosse em outro município eu não teria a bagagem que tenho hoje. (Enf. 04).

Parece contraditório quando os sujeitos alegam a falta de sistematização e embora

comentem de forma indireta que essa sistematização também se refere a uma organização de conteúdos, quando compreendemos que a EPS pode acontecer no cotidiano dos serviços e não depende de uma matriz de conteúdos organizados. No entanto, entendemos que existe uma valorização da EPS para os enfermeiros, mesmo num modelo tradicional de Educação Continuada que possa contribuir nas ações do cotidiano dos profissionais.

Fica claro em uma das falas dos sujeitos o que já discutimos anteriormente, em relação as percepções, quando os mesmos não consideram as preceptorias e tutorias ou outras discussões entre equipe como Educação Permanente.

A EPS apresenta-se desarticulada com as necessidades dos serviços. Os sujeitos não negam a existência e a importância das capacitações técnicas científicas para as suas práticas, contudo apontam que existem muitas situações não contempladas com a Educação Permanente. Seria importante que a mesma partisse das necessidades de aprendizagem do território. Isso revela que muitas ações de EPS não dialogam com os serviços. Com isso, os enfermeiros consideram que a Educação Permanente contempla de forma parcial as necessidades de aprendizagem para o território.

Um aspecto que chamou atenção nas falas dos sujeitos foi a necessidade que estes têm de uma Educação Permanente mais voltada para abordagens, atitudes frente a situações complexas, como o caso de abandono ou não adesão ao tratamento, uso de substâncias psicoativas e outras vulnerabilidades sociais.

Esse fato levou-nos a refletir uma das indagações da pesquisa, como a Educação Permanente tem contribuído para as mudanças das práticas e percebemos que houve transformações significativas, principalmente nos aspectos técnicos, mas existe uma necessidade em relação à capacidade de lidar com contextos sociais, culturais complexos que exijam de mudanças de atitudes. Percebemos que existe um grande investimento na Educação Permanente que está mais voltada para o conhecimento técnico científico. Isso fica muito claro quando os sujeitos falam da necessidade que têm de estarem mais preparados para o enfrentamento de situações que exigem mudanças de atitudes e concepções.

É necessário reconhecer que as práticas rotineiras, descontextualizadas dos reais problemas, dificilmente permitirão o desenvolvimento da capacidade de reflexão. (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Para Mendonça e Gouveia (2011), a proposta da Educação Permanente tem por objetivo central transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho em saúde, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e da população, da gestão setorial

e do controle social em saúde e, de acordo com Buccini, Martins e Sanches (2009), deve partir prioritariamente dos problemas cotidianos com a comunidade, devendo garantir aplicabilidade.

Com isso, trabalhar na Estratégia Saúde da Família implica em cuidar de indivíduos e famílias inseridos nos mais diversos contextos sociais, econômicos e culturais, considerando a complexidade do processo de trabalho a ser desenvolvido, o que requer além de qualificação profissional, habilidades individuais e coletivas para lidar com determinantes de saúde que vão além do campo específico das ações sanitárias. (BARCELLOS; MONKEN, 2007).

Na aprendizagem, os educandos vão se transformando em reais sujeitos na reconstrução do saber, discutindo a realidade concreta, mantendo vivo em si o gosto pela curiosidade e pelo aprendizado. (FREIRE, 2006).

Os enfermeiros também depõem que existem momentos de Educação Permanente que despertam pouco interesse por se tratar de temáticas que trazem pouco significado. Podemos perceber que os sujeitos apontam estas situações quando os assuntos discutidos não são importantes para as suas práticas.

Não é muito interessante quando os assuntos não são do nosso interesse, do nosso fazer, quando é só pra cumprir tabela. (Enf. 08).

Na escolha de temáticas, as necessidades são diferentes. (Enf. 09).

As temáticas muitas vezes não são interessantes para todos os enfermeiros. (Enf.10).

Este pouco interesse também pode estar associado à metodologia utilizada, ao espaço físico e muitas vezes os enfermeiros deixam de cumprir suas agendas para obedecerem ao chamado da gestão para Educação Permanente decidida de última hora.

4.4.2 Fatores que favorecem a EPS

O apoio da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia fica constatado como aspecto potencializador da EPS. É muito forte a confiança que os enfermeiros têm nessa Escola de Formação em Saúde da Família como referência para os seus processos de Educação Permanente em Saúde.

Escola de Saúde, pessoas preparadas, tutores... (Enf.06).

A troca de ideias, experiências, aprimoramento, conviver com pessoas da mesma categoria, de várias realidades. (Enf.09).

A organização dos territórios por macroáreas de saúde foi apontada como positiva

para o fortalecimento da EPS. Antes dessa divisão, os encontros aconteciam com todos os enfermeiros num mesmo espaço, tornando muito difícil as discussões, com conversas paralelas, pouca atenção e com isso despertando pouco interesse aos sujeitos. Hoje a Atenção Primária do município está organizada em quatro macroáreas de saúde e a Educação Permanente está acontecendo por macroárea, portanto com um número menor de enfermeiros nos momentos de EPS.

4.5 Categoria 04: Metodologias utilizadas na Educação Permanente dos enfermeiros

Quadro 12 - Estratégias Metodológicas

Categoria	Subcategorias
4. Metodologias utilizadas na EPS	4.1 Interações com o facilitador. 4.2 Metodologias tradicionais na EPS 4.3 Propondo novas metodologias para a EPS

Fonte: Elaborado pela autora.

Esta categoria trata das questões metodológicas da EPS. Dela emergiram três subcategorias: *Interações com o facilitador* (4.1), em que os sujeitos depõem que o facilitador faz diferença na Educação Permanente em Saúde; *Metodologias tradicionais na EPS* (4.2), na qual os enfermeiros apontam a metodologia tradicional que vivenciam na EPS; *Propondo novas metodologias para a EPS* (4.3), em que os depoentes colocam as suas expectativas em relação às mudanças do método tradicional para o uso de metodologias participativas.

Quadro 13 - Falas sobre as metodologias

Subcategorias	Trecho das falas
Interação com o facilitador	Enf.05 - <i>Depende de quem está ministrando o tema. Por que tem pessoas que não tem domínio. Precisa-se ter cuidado com quem vai facilitar a EPS. A pessoa que não tem domínio e não é respeitada, acaba o pessoal conversando e a gente não presta atenção.</i> Enf.06 - <i>Não sei nem o que dizer, mas... têm algumas pessoas, professores que conseguem atingir e sensibilizar, e tem outros com maneira mais mecânica que não conseguem, e aquela história do vínculo, da empatia que a gente deve ter com quem está ministrando esta educação permanente.</i> Enf.08 - <i>Depende do instrutor que vai passar este conteúdo. Uma oficina tem um desempenho melhor do que uma aula, o instrutor fica</i>

	<i>falando sem interagir. Quando o instrutor interage existe um aprendizado bem melhor.</i>
Metodologias tradicionais na EPS	Enf.13 - <i>Eu não vejo nenhuma metodologia ruim, mesmo que não seja oficina. Aula, vídeo aula, trabalhos em grupo.</i> Enf.01 - <i>Eu acho bacana porque você aprende você consegue repassar para sua rotina, eu acho válido. Até agora as que eu já presenciei foram boas, deu para tirar dúvidas, deu para esclarecer algumas coisas, deu pra ficar mais claro sobre aquela temática que antes eu tinha dúvida.</i> Enf.03 - <i>Acho bom. No final de cada aula é feita uma avaliação rápida para ver se ficou alguma coisa na cabeça.</i> Enf.09 - <i>As metodologias são de certa forma boa, tem momento mais teórico, e por vezes tem momentos reflexos.</i> Enf.10 - <i>No entanto é uma aula mais positiva quando não há tempo desperdiçado com dinâmicas quebra gelo, e metodologias ativas que gastem tempo além do tempo esperado, como grupos que ficam produzindo... e só rola conversas alguém da EP.</i> Enf.11 - <i>A maioria foi mais mesmo aulas, através de slides, sobre determinado assunto.</i>
Propondo novas metodologias para EPS	Enf.08 - <i>A metodologia influencia muito. Gosto de trabalhar com práticas, instrumento de avaliação, lançar perguntas a equipe, apresentar na frente o que foi estudado. Que o enfermeiro não seja um mero expectador. É mais prazeroso aquele momento. Seminário funciona muito bem, oficinas.</i> Enf.05 - <i>Eu acho que o ponto máximo da educação permanente seria a discussão de casos, de preferencia casos reais. Nesse aspecto deixa a desejar, não pela efetividade da nossa participação., A gente poderia baseado no que vai ser visto levar casos reais pra discutir, não simplesmente coisas que já vem pronta, mas de uma forma geral contempla, só avaliando algumas coisas.</i> Enf.06 - <i>O ideal seria em circulo, em roda e que pudéssemos colocar ideias.</i> Enf.10 - <i>De forma participativa, ter sempre uma parte lúdica que integre parte teórica e prática, divisão de grupos, ou perguntas, forma de oficinas metodologias diferentes, não ser as mesmas coisas. Até porque não é a primeira vez que a gente vai ter, a parte teórica 90 por cento já temos, é como se fosse uma coisa a mais, ser de forma diferente.</i> Enf.14 - <i>Achei muito interessante a partir da problematização do seu processo de trabalho.</i> Enf.13 - <i>Oficinas, discussão e exposição, boas estratégias devem ser enfatizadas a práticas para alguns conteúdos.</i> Enf.09 - <i>Assim como a EP é um processo efetivamente permanente deve ser avaliado, e, mas uma vez eu bato nessa tecla que a gente possa participar de forma mais efetiva desse processo.</i> Enf.12 - <i>A meu ver a metodologia deveria ser mudada, porque ela é uma aula em que o professor fala e ninguém pode fazer uma discussão. O</i>

	<i>ideal seria em círculo em roda, e que pudéssemos colocar ideias.</i> Enf.02 - <i>Tem que haver mudança com os que vão apresentar, participar, coordenar estas EP tem que haver mudanças.</i> Enf.18 - <i>As que acontecem no serviço traz mais discussão, fazer tipo oficina.</i> Enf.05 - <i>A frequência e a qualidade, e não ficar todo mundo na mesma sala, fazer grupos, não ser só aula, tipo de forma participativa</i>
--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5.1 Interação com o facilitador

Neste elemento de análise os sujeitos colocam que a interação com o facilitador faz a diferença nos processos de EPS. Esse facilitador precisa ser reconhecido, ter segurança e domínio da temática que está discutindo, que busque interagir com o grupo. Percebemos que os mesmos têm vivenciado situações em que facilitadores não condizem com essas características, é o que se pode observar nos seguintes depoimentos:

Depende de quem está ministrando o tema. Por que tem pessoas que não tem domínio. Precisa-se ter cuidado com quem vai facilitar a EPS. A pessoa que não tem domínio e não é respeitada, acaba o pessoal conversando e a gente não presta atenção. (Enf. 05).

Não sei nem o que dizer, mas... têm algumas pessoas, professores que conseguem atingir e sensibilizar, e têm outros com maneira mais mecânica que não conseguem, e aquela história do vínculo, da empatia que a gente deve ter com quem está ministrando esta educação permanente. (Enf. 6).

Depende do instrutor que vai passar este conteúdo. Uma oficina tem um desempenho melhor do que uma aula, o instrutor fica falando sem interagir. Quando o instrutor interage existe um aprendizado bem melhor. (Enf. 08).

Esses depoimentos revelam a metodologia utilizada por alguns facilitadores da Educação Permanente em Saúde, que é o da transmissão de conhecimentos de forma mecânica, sem interagir com o grupo, levando esses profissionais ao desinteresse e à desmotivação.

Os enfermeiros falam da importância do domínio que o facilitador precisa ter sobre o tema que está discutindo e quando esse domínio tem reconhecimento, a EPS torna-se mais interessante e significativa.

Cada processo formativo possui peculiaridades e torna-se muito variado na sua execução, dependendo de como o facilitador desenvolve a aula, quais objetivos pretendemos alcançar e que práticas procura construir.

Métodos tradicionais centralizam toda transmissão de conhecimento na figura do professor. Busca-se, entretanto, com a educação permanente, permitir a participação de um facilitador, em vez do professor centralizador do saber. O facilitador conduz o processo de ensino-aprendizagem de uma forma horizontalizada com os alunos, onde todos aprendem juntos, com compartilhamento mútuo dos conhecimentos preexistentes, constituindo uma formação participativa. A condução pedagógica do facilitador promove uma interação positiva dos sujeitos envolvidos e surtindo reflexões sobre a prática.

O uso de metodologias inadequadas, como falta de preparo do facilitador, repetição de temas, temáticas descontextualizadas da prática e o uso da linguagem dificultam o processo ensino-aprendizagem. As capacitações em saúde precisam ser contextualizadas com a realidade do trabalho, considerando as necessidades dos serviços de saúde, saindo do foco de aulas expositivas, que ainda têm uma forte predominância e valorizando o uso de metodologias participativas. (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

Para implementar uma educação que propicie mudanças, também é preciso ter algumas virtudes. Freire (2006) salienta algumas, entre elas o respeito, tanto aos saberes como à autonomia dos sujeitos. Respeitar o saber das pessoas reflete o valor que o educador oferece à realidade dos educandos. (FREIRE, 2006). O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é uma postura ética e não um favor que se pode ou não oferecer aos outros. Todo sujeito deve ser respeitado em suas escolhas, na sua linguagem, no seu gosto estético, na sua curiosidade e inquietude. (FREIRE, 2006).

O respeito muitas vezes depende do grau de compreensão que um sujeito tem em relação ao outro. No entanto, não se trata da compreensão intelectual, a qual se adquire com a explicação dos fatos, mas da compreensão humana, cuja aquisição vai além da explicação. A compreensão humana comporta um conhecimento de sujeito a sujeito, inclui um processo de empatia, de identificação, é subjetiva; ela pede abertura, simpatia e generosidade. (MORIN, 2002).

Isso porque o ser humano constitui-se numa trama de relações sociais. O ser humano se constrói a partir das relações que estabelece dentro de uma sociedade e suas ações ajudam a construir essa mesma sociedade. Essa interação simbiótica promove a evolução simultânea e potencializada do ser individual e de sua representação coletiva. Por fim, o ser humano torna-se o conjunto das relações sociais das quais participa de forma ativa. (LUCKESI, 1994).

Outras virtudes destacadas por Freire (2001) são a coerência e a tolerância. A coerência consiste em aproximar o discurso da prática, isto é, o que se diz deve ser compatível com o que se faz. Para o autor, essa é uma virtude que deve acompanhar o sujeito que se propõe a educar, pois sua credibilidade depende de sua coerência.

A tolerância, por sua vez, sugere uma capacidade de aceitar as diferenças, de conviver com pessoas que possuem ideias, convicções e escolhas contrárias. (MORIN, 2002). De acordo com Morin (2002), a tolerância deve ser exercida no campo das ideias e jamais no campo das agressões e agressões. A escuta também é uma virtude importante para a prática educativa. “Escutar significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro.” (FREIRE, 2006, p. 119).

Com isso, Freire (2006) não quer dizer que aquele que escuta é inferior àquele que fala, ou que aquele que fala tem mais conhecimento do que aquele que escuta. Isso seria uma autoanulação. Além disso, o fato de escutar não retira do sujeito o direito que ele tem de discordar do que está sendo dito, mas pelo contrário, é escutando bem que o sujeito prepara-se para colocar com clareza seu ponto de vista.

4.5.2 Metodologias tradicionais na EPS

Podemos perceber que muitos enfermeiros acolhem bem todas as metodologias utilizadas. Consideram positivas as metodologias tradicionais porque tiram dúvidas, são esclarecedoras e conseguem repassar o que aprenderam para os demais da equipe.

Eu não vejo nenhuma metodologia ruim, mesmo que não seja oficina. Aula, vídeo aula, trabalhos em grupo. (Enf. 13).

Eu acho bacana porque você aprende você consegue repassar para sua rotina, eu acho válido. Até agora as que eu já presenciei foram boas, deu para tirar dúvidas, deu para esclarecer algumas coisas, deu pra ficar mais claro sobre aquela temática que antes eu tinha dúvida. (Enf. 01).

Acho bom. No final de cada aula é feita uma avaliação rápida para ver se ficou alguma coisa na cabeça. (Enf. 3).

As metodologias são de certa forma boa, tem momento mais teórico, e por vezes tem momentos reflexos. (Enf. 9).

A maioria foi mais mesmo aulas, através de slides, sobre determinado assunto. (Enf.11).

Um depoimento que nos chamou atenção foi o fato de um enfermeiro compreender que metodologias ativas pode ser perda de tempo, favorecendo a dispersão no

momento de trabalhos em grupos:

No entanto é uma aula mais positiva quando não há tempo desperdiçado com dinâmicas quebra gelo, e metodologias ativas que gastem tempo além do tempo esperado, como grupos que ficam produzindo... e só rola conversas aquém da EP. (Enf. 10).

Notamos aqui, que a pedagogia da transmissão, conhecida também como educação bancária, ainda é valorizada pelos profissionais. Ela se fundamenta na transferência e deposição de conhecimentos e saberes do professor para o aluno, colocando o aprendiz na condição de indivíduo pouco desenvolvido e receptor de informações, numa via de comunicação unilateral. Centralizada no professor, a transmissão de um grande número de conteúdos torna-se de enorme relevância, no qual o compromisso do ensino é com a transmissão da cultura e a modelagem comportamental dos alunos, valorizando o trabalho individual, a atenção, a concentração, o esforço e a disciplina, como garantias para a apreensão do conhecimento. (SCHAURICH; CABRAL; ALMEIDA, 2007; NEVES; DAMIANI, 2006).

4.5.3 Propondo novas metodologias para a EPS

Em contrapartida ao item anterior, identificamos em diversos discursos certa crítica ao se falar de aula tradicional, deixam um entendimento de que somente a transmissão de conhecimento caracteriza algo angustiante, deixando lacunas nesses encontros. Apontam a importância para mudanças de metodologias expositivas para metodologias participativas, que tragam a reflexão e a problematização como estudos de casos, que reflitam a realidade de seus territórios, como podemos observar nos depoimentos:

A metodologia influencia muito. Gosto de trabalhar com práticas, instrumento de avaliação, lançar perguntas a equipe, apresentar na frente o que foi estudado. Que o enfermeiro não seja um mero expectador. É mais prazeroso aquele momento. Seminário funciona muito bem, oficinas. (Enf. 08).

Eu acho que o ponto máximo da educação permanente seria a discussão de casos, de preferência casos reais. Nesse aspecto deixa a desejar, não pela efetividade da nossa participação., A gente poderia baseado no que vai ser visto levar casos reais pra discutir, não simplesmente coisas que já vem pronta, mas de uma forma geral contempla, só avaliando algumas coisas. (Enf.05).

O ideal seria em círculo, em roda e que pudéssemos colocar ideias. (Enf.06).

De forma participativa, ter sempre uma parte lúdica que integre parte teórica e prática, divisão de grupos, ou perguntas, forma de oficinas metodologias diferentes, não ser as mesmas coisas. Até porque não é a primeira vez que a gente vai ter, a parte teórica 90 por cento já temos, é como se fosse uma coisa a mais, ser de forma diferente. (Enf.10).

Achei muito interessante a partir da problematização do seu processo de trabalho. (Enf. 14).

Oficinas, discussão e exposição, boas estratégias devem ser enfatizadas a práticas para alguns conteúdos. (Enf. 13).

Assim como a EP é um processo efetivamente permanente deve ser avaliado, e, mas uma vez eu bato nessa tecla que a gente possa participar de forma mais efetiva desse processo. (Enf. 9).

A meu ver a metodologia deveria ser mudada, porque ela é uma aula em que o professor fala e ninguém pode fazer uma discussão. O ideal seria em círculo em roda, e que pudéssemos colocar ideias. (Enf. 12).

Tem que haver mudança com os que vão apresentar, participar, coordenar estas EP tem que haver mudanças. (Enf. 02).

As que acontecem no serviço traz mais discussão, fazer tipo oficina. (Enf.18).

A frequência e a qualidade, e não ficar todo mundo na mesma sala, fazer grupos, não ser só aula, tipo de forma participativa. (Enf. 05).

Constatamos que a forma pedagógica centrada no facilitador, retratando uma educação bancária, não dá conta da demanda educacional de que o serviço precisa. O serviço constitui-se como um celeiro de conhecimentos, ensejando aprendizado que foi pouco vivenciado durante a formação acadêmica.

As capacitações revelam que o trabalho coletivo das metodologias expositivas e participativas garantem maior eficiência, quando associadas, permitindo uma formação mais atrativa e interativa com os profissionais, considerando que essa estratégia promove mudanças no modelo assistencial. (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

Um método educacional complementa outro método e caminham juntos na produção do conhecimento, no processo de ensino-aprendizagem.

Como um processo educacional dinâmico e reflexivo, a metodologia participativa edifica o conhecimento de forma interativa e problematizadora, desse modo, promovendo mais efetividade na aplicação dos conteúdos. O método expositivo, no entanto, visto como tradicional, baseia-se na transferência de conhecimentos, o aprendiz como ouvinte, desconsiderando o contexto social. Nesse sentido, a questão metodológica é categórica nos resultados dos cursos e os profissionais percebem a necessidade de maior dinamismo nos processos formativos do que a mera exposição de conteúdo, identificadas como exaustivas e improdutivas. (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES RUMO À CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA COLETIVA

Ao finalizar, fazemos algumas considerações com a intenção de responder sucintamente os problemas da pesquisa, visto que no decorrer deste relatório procuramos responder detalhadamente cada um deles.

No que se refere à percepção dos profissionais sobre Educação Permanente em Saúde (EPS), constatamos que estes compreendem a EPS como um processo de atualizações, novos conhecimentos e aprendizagem permanente, processo de formação contínua, ainda voltada para conteúdos e aulas. De acordo com os relatos, percebemos que as práticas de Educação Continuada são entendidas como Educação Permanente.

Apesar da distinção entre as terminologias Educação Permanente em Saúde, Continuada e em Serviço, todas têm caráter de continuidade do processo educativo, porém se fundamentam em diferentes princípios metodológicos. A EPS, além da capacitação técnica, é também um compromisso pessoal a ser conquistado com as mudanças de atitudes decorrentes das experiências vividas, por meio da relação com os outros, com o meio, com o trabalho, buscando a transformação pessoal, profissional e social. Parte da aprendizagem significativa para os sujeitos sociais envolvidos coloca-se em posição ativa de propor e reordenar as práticas.

Quanto às transformações das práticas dos enfermeiros a partir da Educação Permanente em Saúde, verificamos que houve mudanças importantes nas práticas dos sujeitos e que estas transformações aconteceram no decorrer de suas vivências na Estratégia Saúde da Família. Percebemos que uma grande parte dos sujeitos considera essas transformações fruto do conhecimento adquirido no processo de Educação Permanente. Consideram como transformação o conhecimento técnico científico adquirido no decorrer dos anos, promovendo o desenvolvimento de habilidades, capacidade de seguir protocolos clínicos. Outra transformação na prática dos sujeitos atribuída à EPS foi o crescimento pessoal e profissional que os levaram às mudanças pessoais, na forma de se relacionarem com os outros, com a comunidade e equipe de trabalho. Percebemos que esse tipo de mudança afeta emocionalmente os sujeitos, uma vez que se trata de atitudes, da forma de conviver com os outros.

Nesse contexto, entendemos que a ESF é um cenário de aprendizado constante e que leva os que nela atuam a necessidade de mudar. Percebemos que existem dois pontos que se convergem: o conhecimento para o aprimoramento e aquisição de habilidades técnicas tão

bem desenvolvidas através dos princípios da Educação Continuada e as mudanças pessoais que levam os sujeitos a se perceberem transformados, com novas atitudes, atribuindo isso a sua vivência na ESF. Então, refletimos, a Educação Permanente em Saúde está no cotidiano de trabalho, na troca com o outro, nas relações e acontece sem que nos demos conta? São questões que a pesquisa não responde.

No que se referem aos fatores que interferem na EPS, constatamos que existem fragilidades e potencialidades. São apontadas como fragilidades: ausência da Educação Permanente Saúde nos locais de trabalho; vivências e práticas específicas da enfermagem; falta do planejamento participativo; fragilidade na sistematização; pouca organização das atividades; desarticulação com os serviços; temáticas que trazem pouco significado para o processo de trabalho; número excessivo de profissionais nos encontros; necessidade de uma Educação Permanente em Saúde voltada para abordagens, atitudes frente a situações complexas, como o caso de abandono ou não adesão ao tratamento, uso de substâncias psicoativas e outras vulnerabilidades sociais.

Refletindo sobre esse contexto, percebemos que os enfermeiros ao citarem ausência da EPS nos locais de trabalho acreditam que esta somente acontece com a presença de conteúdos a ser discutido, uma prática a ser vivenciada, alguém que facilite como um “professor”. Para eles, a EPS precisa ter sistematização e organização das temáticas, espaços e número adequados de participantes.

Vale lembrar que na educação permanente em saúde, não existe a educação de um ser que sabe para um ser que não sabe, o que existe, é a troca e o intercâmbio dos saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar.

Os enfermeiros gostariam de participar do planejamento da EPS, que as temáticas sejam significativas e partam das necessidades dos serviços. Chamou-nos a atenção o desejo dos sujeitos em estarem mais aptos a desenvolver abordagens frente a situações complexas, que não fazem parte do “catálogo” de temáticas da Educação Permanente em Saúde.

Essas situações levam-nos a pensar que existe uma complementariedade das diferentes concepções: temática, professor, sistematização, espaço e número adequado de profissionais; participação ativa; aprendizagem significativa, mudanças de atitudes. São fatores que se complementam e percebemos neles a Educação Permanente em Saúde, Continuada e em serviço.

Contudo, percebemos um grande investimento voltado para o conhecimento técnico científico, enquanto existe uma necessidade de preparar melhor os sujeitos para

enfrentarem situações que exigem mudanças de atitudes e concepções.

Ao analisarmos o que foi apontado como potencialidades, vimos que os sujeitos confiam e consideram a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) como uma referência para os processos formativos. Não poderia ser diferente, uma vez que essa Instituição vem desenvolvendo com zelo a EPS do município de Sobral desde a implantação da ESF. Contudo, vale lembrar que mudanças e ressignificações são necessárias a novos contextos que vão se apresentando através da realidade social.

Outro aspecto percebido como potencializador da EPS foi a organização dos territórios por macroárea de saúde. Recentemente o Sistema de Saúde de Sobral passou por uma reorganização dos seus territórios que atualmente estão assim organizados: os territórios da sede foram divididos em três macroáreas de saúde, enquanto que os territórios dos distritos passaram a compor uma macroárea. Nesse novo modelo, a EPS ocorre por macroárea, contribuindo para minimizar o problema com espaço e para facilitar as discussões referentes aos territórios que têm problemas similares. Essa situação pode contribuir para o desenvolvimento de metodologias que propiciem uma aprendizagem significativa.

Em relação às abordagens metodológicas, foram identificados elementos que podem contribuir na forma destas serem concebidas. O primeiro elemento citado foi interação com o facilitador. Nesse elemento, os sujeitos colocam que o facilitador faz a diferença nos processos de EPS. O facilitador precisa ser reconhecido, ter segurança e domínio da temática que está discutindo, que busque interagir com o grupo. Percebemos que os mesmos têm vivenciado situações em que facilitadores não condizem com essas características.

Diante dessas exposições, compreendemos que não é apenas de metodologia que estão falando, mas sim de confiança e vínculo. Alguns facilitadores da EPS utilizam a metodologia da transmissão de conhecimentos de forma mecânica, sem interagir com o grupo, levando esses profissionais ao desinteresse e desmotivação.

Contudo, perguntamos, será que esses facilitadores passam por processos de Educação Permanente em Saúde? Estão preparados para trabalhar com metodologias ativas? O saber técnico existe, mas a forma de compreender a EPS como além da transmissão de conhecimentos está sendo considerada? São outras questões que a pesquisa não responde.

O segundo elemento mostra que os sujeitos acolhem bem todas as metodologias utilizadas. Consideram positivas as metodologias de transmissão de conhecimento porque tiram dúvidas, são esclarecedoras e conseguem repassar o que aprenderam para os demais da equipe.

A pedagogia da transmissão, conhecida também como educação bancária, ainda é valorizada pelos profissionais. No entanto, estes já percebem necessidades de novas estratégias que os conduza a um aprendizado significativo.

As metodologias expositivas e participativas são ferramentas importantes no processo ensino-aprendizagem quando utilizadas concomitantemente, dispondo de materiais, recursos e estratégias para realização de atividades, na construção de momentos de reflexão-ação-reflexão. Essa variedade de estratégias metodológicas possibilita um amplo campo de desenvolvimento educacional. No duelo da educação bancária com a problematização, o trabalho coletivo das duas metodologias garante maior eficiência, um complementando o outro, produzindo conhecimento, tendo cada um sua importância, valorizando a vivência e a experiência do profissional no cotidiano.

Finalmente, esta pesquisa coloca-nos frente a um compromisso ético e social com o Sistema Saúde Escola de Sobral, no qual propomos apoiar coletivamente na busca de novas possibilidades de reorganização da Educação Permanente em Saúde dos enfermeiros. E para tanto, fazemos algumas recomendações: é necessário que os profissionais de saúde, gestores e facilitadores busquem compreender melhor a Política Nacional de Educação Permanente, suas diretrizes e bases metodológicas; capacitar facilitadores, tutores, preceptores e profissionais da ESF para o uso de metodologias problematizadoras e sobre Educação Permanente em Saúde; incluir nos processos de EPS estratégias que favoreçam mudanças de atitudes; promover a EPS a partir da realidade das equipes em seus territórios.

Lembramos que para se efetivar uma Política de EPS, são necessárias estratégias política, técnica e pedagógica. A avaliação do processo é de enorme importância para se consolidar novas práticas de saúde.

Cabe destacar que esta pesquisa é apenas o começo de uma reflexão que deverá proliferar no sentido de continuidade, na busca de novos esclarecimentos sobre as questões aqui levantadas como propõe a Educação Permanente em Saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. C. S.; MOURA, E. R. F. **Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-CE**. RBPS, v. 17, n. 4, p. 163-169, 2004.
Disponível em:
<<http://www.unifor.br/notitia/file/68.pdf#search=%22O%20olhar%20do%20cliente%20>>. Acesso em: 23 set. 2013.
- ALMEIDA, M. J. Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 3, n. 14, p. 41-47, 1997.
- AMESTOY, S. C.; SCHVEITZER, M. C.; MEIRELLES, B. H. S.; BACKES, V. M. S.; ERDMANN, A. L. Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 383-387, jun. 2010.
- ANDRADE, L. O. M. *et al.* Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE- Revista sobralense de políticas públicas**, Sobral-CE, a. V, n. 1, p. 9-20, jan./fev./mar. 2004.
- ANDRADE, L. O. M.; PONTES R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 8, n. 1/2, p. 85-91, 2000.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. Campinas: Boitempo, 2000.
- ARROYO, M. Pedagogia das relações no trabalho. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, n. 2, p. 61-67, ago./dez. 1997.
- BALBINO, A. C.; BEZERRA, M. M.; FREITAS, C. A. S. L.; ALBUQUERQUE, I. M. N.; DIAS, M. S. A.; PINTO, V. P. T. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 249-266, jul./out. 2010.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARCELLOS, C; MONKEN, M. Instrumento para o diagnóstico Socio-Sanitário no Programa Saúde da Família. *In*: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea. (Org.). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- BÁRCIA, M. F. **Educação Permanente no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1982.
- BERTANI, I. F.; SARRETA, F. de O.; LOURENÇO, E. Â. de S. **Aprendendo a construir saúde: desafios na implantação da política de educação permanente em saúde**. Franca: Ed. UNESP, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado, Seção Saúde, Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre o Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União. 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 30 jan. 2014

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Ata da 21ª Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde**, realizada em 27 de fevereiro de 2002. Ata de Reunião. Brasília: Ministério da Saúde. [documento internet] 2002a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em: 23 set. 2013.

BRASIL. **Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS.** 4ª versão. Brasília: Ministério da Saúde. [documento internet] 2002b. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br/nesp/projetos/rhsus/pdfs/nobrhsus.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2014.

BRASIL. 11ª Conferência Nacional de Saúde. **O Brasil falando como quer ser tratado: Efetivando o SUS Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social.** Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000, Relatório Final. 1ª ed. 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde. (Série D. Reuniões e Conferências MS) 2003a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas.** Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Resolução CNS/MS no 330/03, de 04 de novembro de 2003. Aplica “**Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)**” como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS [documento internet] 2003c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca. Brasília 7 a 11 de dezembro de 2003: Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde. (Série D. Reuniões e Conferências) [documento internet] 2004a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 198/2004, 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.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação**

permanente em saúde. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

2005 a BRASIL. Ministério da Saúde. **Documentos Preparatórios para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC). **Portaria Interministerial no 2.118**, de 04 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. 2005b. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao_institucional/portaria_interministerial_2118.pdf>. Acesso em: 04 out. 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, n.162, ago. 2007.

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**. Série B. Textos Básicos de Saúde Série pactos pela Saúde, v. 9, Brasília- DF, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**, instituída pela Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**. Secretaria de Atenção a Saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 596 p.

BRUM, L. M. A pedagogia da roda como dispositivo de educação permanente em enfermagem e a construção da integralidade do cuidado no contexto hospitalar. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, Set. 2009.

BUCCINI, G. S.; MARTINS, M. C. F. N.; SANCHES, M. T. C. **O processo de educação permanente em saúde: percepção de equipes de saúde da família**. Boletim do Instituto de Saúde Nº 48. Nov. 2009. ISSN 1518-1812.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Infertace - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2014.

_____. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, out./dez. 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004a.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004b.

COSTA-NETO, M. M. (Org.). Programa de Saúde da Família. **Educação Permanente**. Brasília: Ministério da Saúde. 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/cad03_educacao.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2013.

DAVINI, M. C. **Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde**. BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) (Org.). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-58.

DAVINI, M. C. Practicas laborales en los servicios de salud: las condiciones Del aprendizaje. *In: Educación permanente de personal de salud*. Serie Desarrollo de recursos humanos, n.100. Organización Panamericana de la salud. EUA, 1994.

DE ALMEIDA, A. H.; SOARES, C. B. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2011.

DICIONÁRIO HOUAISS. Conceitos: Fenomenologia, Hermenêutica e Filosofia. Disponível em: <<http://biblioteca.uol.com.br/>>. Acesso em: 14 mai. 2014.

FERRAZ, F. **Contexto e processo de desenvolvimento das comissões permanentes de integração ensino-serviço**. 2011. 427 f. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2011.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 30ª ed. Ri de janeiro: Paz e Terra, 2007.

_____. **Pedagogia da autonomia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. Disponível em: <http://www.mda.gov.br/portal/saf/arquivos/view/ater/livros/Pedagogia_da_Autonomia.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

_____. **Pedagogia da Indignação.** Cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000.

_____. **Importância do ato de ler:** em três artigos que se completam. .47 ed. São Paulo (SP): Autores Associados: Cortez, 2006.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por Saturação em Pesquisas Qualitativas em Saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FRIEDRICH, D. B. de C.; PIERANTON, C. R. O trabalho da equipe de saúde da família: uma visão sobre as dimensões organizacionais do processo produtivo, política, ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Rev. Physis**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103->. Acesso em: 20 dez. 2013.

FURTER, P. (Tradução: Teresa de Araújo Penna). A Educação Permanente na perspectiva do desenvolvimento cultural. *In:* **Educação Permanente e desenvolvimento cultural**. Petrópolis: Vozes, 1974. p. 111 – 159.

GADOTTI, Moacir. **A educação contra a educação:** o esquecimento da educação e a educação Permanente. 5. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1992.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar:** como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GONZÁLEZ Rey, F. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade:** os processos de construção da informação. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2005.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. Processo de trabalho e educação permanente do pessoal da saúde. **Rev. Educação Médica e Salud**, [S.l.], v. 24, n. 2, 1990.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações completas. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=231290&search=ceara|sobral|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 23 set. 2013.

LOBATO, C. P. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família:** uma cartografia da dimensão política. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

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

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-610. set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/314M.PDF>>. Acesso em: 17 jan. 2014.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In:* MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-113.

_____. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface - **Comunicação, Saúde, Educação**, ISSN (Versão impressa): 2005 pp. 172-174, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho Brasil 2005, pp.74.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. Botucatu: Interface: **Comunicação, Saúde, Educação**. 2000, 6, p. 109-116.

MENDONÇA, M. K.; GOUVEA, L. A. V. N. Análise dos resultados esperados de um projeto de educação permanente em saúde: efeito multiplicador e mudanças no processo de trabalho. Revista **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 187-205, 2011.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. *et al.* (Orgs.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 9-29.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, 2004.

MONTENEGRO, L. C.; BRITO C. G. N. S.; SILVA, N. C. Metodologia de Paulo Freire no desenvolvimento da educação permanente do enfermeiro intensivista. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 317-326, abr. 2013. ISSN 2238-7218. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/5182>>. Acesso em: 05 mai. 2014

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. Tradução: Eloá Jacobina.

_____. **O conhecimento do conhecimento**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2000.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: UNESCO/Cortez, 2002.

MOTTA, J. I. J. **Educação Permanente em Saúde: da política do consenso a construção do dissenso**. 1998. 224f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

MOTTA, J. I. J. *et al.* Educação permanente em saúde, **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 68-73, 2002.

NEVES, R. A.; DAMIANI, M. F. **Vygotsky e as teorias da aprendizagem**. Unirevista. v. 1, n. 2, abr. 2006.

OLIVEIRA, F. M. C. S. N.; FERREIRA, E. C.; RUFINO, N. A.; SANTOS, M. S. S. **Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem.** Aquichán, Bogotá, v. 11, n. 1, abr. 2011. p 48-65. - ISSN 1657-5997. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2014.

OPAS; OMS, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR). División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP). **La Capacitación del Personal de los Servicios de Salud en Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma Sectorial.** (Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud n. 3). Washington: OPS/OMS, 2002.

PARENTE, J. R. F. **Educação e Saúde:** uma jornada de encontros e desencontros. Mimeo, 2010.

PEDUZZI, M.; DÉBORA, D. A. D.; BRAGA, C. P.; LUCENA, F. S.; SILVA, J. A. M. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde de São Paulo. **Interface-Comunic. Saúde Educ**, v. 13, n. 30, p. 121-34, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

PENA, R. C. A.; PENA, M. L. A.; PENA, H. W. A. Filosofia da Libertação de Paulo Freire. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, n. 2012-08, 2012.

PINHEIRO, R. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. **Cuidado em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2000. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 20 maio 2014.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995.

QUINTANA, P. B; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O. **Educação permanente processo de trabalho e qualidade de serviço na saúde.** Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br>>. Acesso em: 30 abr. 2014.

RAMOS, M. N. Desafios da formação profissional em saúde. **Revista Olho Mágico**, v. 10, n. 3, p. 44-46. jul./set. 2003.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.** Instituto de Saúde Coletiva. Secretaria Executiva da Rede Ida-Brasil. Universidade Federal da Bahia. 2005.

RICALDONI, C. A. C; SENA, R. R. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev Latino-Americana Enfermagem**, v. 14, n. 12, p. 637-642, 2006.

SANTANA, K. S.; SOUZA, P. T. L.; BRITO, J. L. O. P.; FARIAS, L. D. **Educação Permanente e continuada: atuação dos profissionais enfermeiros na Atenção Primária à**

Saúde. 2012. Disponível em:

<<http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I35048.E10.T7188.D6AP.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

SCHAURICH, D.; CABRAL, F. B.; ALMEIDA, M. A. **Metodologia da problematização no ensino em enfermagem:** uma reflexão do vivido no PROFAE/RS. *Esc Anna Nery R Enferm.* v. 11, n. 2, p. 318-24, jun. 2007.

SMAHA I. N.; CARLOTO C. M. **Educação Permanente: da pedagogia para a saúde.** Universidade estadual de Londrina, 2010

SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 9, n. 2, p. 389-401, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

SILVA, L. A. A. **Perspectivas de transcender na educação no trabalho: Tendências da enfermagem latino-americana.** 2007. 230 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2007. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/90423>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

SILVA, M. F.; CONCEIÇÃO, F. A.; LEITE, M. M. J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **Rev. Bras Ciên Saúde**, Santo André-SP, v. 34, n. 1, p. 15-21, jan./abr. 2009.

SIQUEIRA, H. C. H. **As interconexões do serviço no trabalho hospitalar - um modo de pensar e agir.** Tese. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2001.

SOARES, C. H. A. *et al.* Sistema Saúde Escola do Município de Sobral (CE). In: **SANARE Sobral**, v. 7, n. 2, p 7-13, jul./dez. 2008.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria da Saúde e Ação Social. **Relatório de Gestão 2010.** Mimeo. 237p. Sobral, 2011.

SOUSA, F. L.; PONTE, M. A. C; LINHARES, A. K. N.; CAVALCANTE, A. N.; DIAS, M. S. A.; SOARES, C.; TAJRA, F.S.; TEIXEIRA, E.H. A Política Municipal de Educação Permanente em Sobral-CE. In: **SANARE**, v. 7, n. 2, p 14-22, jul./dez. 2008.

SOUZA, H. M. Programa saúde da família: Entrevista. **Rev. Bras. Enfermagem.** Brasília, v. 53, n. especial, p.7-16, dez. 2000.

SOUZA, H. M. *et al.* Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família. In: BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **Política de recursos humanos em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p. 147-155.

TANJI, S. *et al.* Integração ensino-trabalho-cidadania na formação de enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, et. 2010 UNESCO/Cortez, 2002.

VILLA, E. A. **Pedagogia do cuidado: a relação de saberes e valores no trabalho do Programa Saúde da Família.** Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de

Minas Gerais, Faculdade de Educação, 2008. Disponível em:
<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/HJPB-7KNECH/pedagogia_do_cuidado.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 out. 2013.

VINCENT SP. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 53, p. 79-85, 2007.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DAS ENTREVISTAS

Este questionário com questões abertas faz parte da pesquisa intitulada Análise da Educação Permanente dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Sobral e tem como relevância contribuir no seu fortalecimento e reorganização. Sua participação será de grande importância.

Nome:

Endereço

Tempo que atua na ESF de Sobral

Responda as questões abaixo:

1. Quais suas concepções de Educação Permanente em Saúde?
2. Fale sobre as potencialidades e limite da Educação Permanente em Saúde (EPS).
3. Fale como a EPS contribui para o seu desempenho dentro da Estratégia Saúde da Família?
4. Quais mudanças já ocorreram no seu processo de trabalho a partir da Educação Permanente?
5. Quais abordagens metodologias são utilizadas na EPS? Como você as avalia?
6. Fale livremente sobre os aspectos que interferem no processo de EPS na ESF e especificamente na equipe de enfermagem.

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você enfermeiro que desenvolve suas atividades profissionais na Estratégia Saúde da Família em Sobral (CE) há dois anos ou mais, está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada: “Análise do Processo de Educação Permanente dos Enfermeiros do município de Sobral Ceará”.

O objetivo dessa pesquisa é analisar o processo de educação permanente dos enfermeiros em Sobral, suas potencialidades e limitações. Com o seu aceite, você deverá participar de uma entrevista com data e horário a ser combinado com a pesquisadora. Os benefícios esperados da pesquisa são: trazer uma significativa contribuição no redimensionamento de ações de educação, produzir conhecimentos que forneçam subsídios para analisar, identificar propor soluções e mudanças; induzir inovações metodológicas no campo da prática a serem desenvolvidas para o fortalecimento do Sistema Saúde Escola de Sobral. Estão garantidas todas as informações que você necessite antes, durante e após a pesquisa.

A sua participação nessa pesquisa é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar dessa pesquisa ou se aceitar a participar, retirar seu consentimento no momento que desejar. Este fato não implicará qualquer dano para você. O participante não será responsável por qualquer despesa necessária para realização da pesquisa, como também não receberá nenhum valor em dinheiro.

Caso tenha alguma dúvida ou reclamação sobre essa pesquisa, poderá dirigir-se pessoalmente à responsável pela pesquisa, Maria do Socorro Teixeira de Sousa, enfermeira, tutora do Sistema Municipal Saúde Escola de Sobral, mestranda em Saúde da Família, do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, residente na Rua Padre Luís Franzone nº 607, Bairro Padre Ibiapina em Sobral Ceará, telefones (88) 8866-8206, (88) 3613-1849 e/ou ao Comitê de Ética em Pesquisa da UVA, que se localiza na Avenida Comandante Maurocéllo Rocha Pontes, nº 150, Campus Derby – Telefone: (88) 3677-4255.

Eu _____. li e compreendi a natureza, objetivos e benefícios da pesquisa da qual fui convidado (a) a participar. Entendi que sou livre para participar da pesquisa e posso interromper minha participação a qualquer momento sem precisar justificar minha decisão, e que esta decisão não afetará em qualquer natureza a minha pessoa. Eu concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa.

Local e data

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador