REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIA IJANE CLÉA NOBRE DE SENA

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: MEDIANDO UMA APRENDIZAGEM SOBRE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – UM ESTUDO PILOTO

FORTALEZA
2014

MARIA IJANE CLÉA NOBRE DE SENA

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: MEDIANDO UMA APRENDIZAGEM SOBRE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – UM ESTUDO PILOTO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

.

Orientador: Profa. Andréa Soares Rocha da Silva, Doutora

FORTALEZA
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

S477e Sena, Maria Ijane Cléa Nobre de.
Educação permanente em saúde : mediando uma aprendizagem sobre estratégia saúde da família – um estudo piloto / Maria Ijane Cléa Nobre de Sena. – 2014.
74 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.
Área de Concentração: Saúde da Família.
Orientação: Profa. Dra. Andréa Soares Rocha da Silva.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Educação Continuada. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Recursos Humanos em Saúde. I. Título.

CDD 371.71

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: MEDIANDO UMA APRENDIZAGEM SOBRE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – UM ESTUDO PILOTO

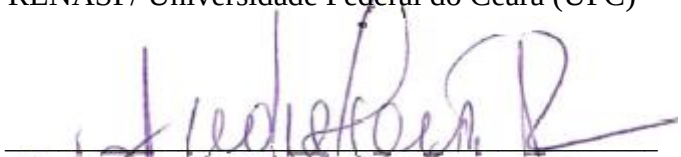
MARIA IJANE CLÉA NOBRE DE SENA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional. Área de Concentração: Saúde da Família

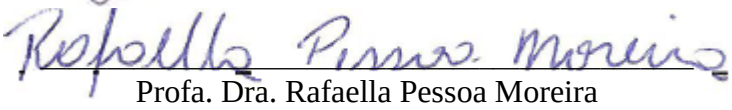
Aprovada em: 11/06/2014

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Andréa Soares Rocha da Silva
RENASF/ Universidade Federal do Ceará (UFC)



Profa. Dra. Andréa Silvia Walter de Aguiar
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Profa. Dra. Rafaella Pessoa Moreira
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira(UNILAB)

Ao meu pai Nonato e a minha mãe Dira (*Saudades Eternas*) que, com muito amor, simplicidade e imensa sabedoria, indicaram aos filhos o amor ao próximo e o conhecimento como caminho da felicidade e da vitória.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha luz e inspiração, pela força e por todas as oportunidades que tem me concedido.

À Universidade Federal do Ceará, presença constante na minha formação: graduação, especialização e mestrado.

À Profª. Dr.a Andréa Soares Rocha da Silva, que esteve sempre presente e acreditou no futuro deste projeto, soube ser compreensiva nos momentos difíceis e, mesmo imbuída de tantos outros compromissos, ofereceu a segurança de seus conhecimentos e muito contribuiu para o meu crescimento profissional. Sua orientação foi essencial para a realização deste trabalho.

Às Prof.as Dr.as Fátima Antero e Andréa Aguiar, pelas considerações e contribuições dadas no momento da qualificação do projeto.

À Suerda Cristina que esteve muito presente nos momentos de aflição: você foi muito mais que uma secretária. Obrigada!

Ao meu esposo Réges, meus queridos filhos Gabriel, Daniel e Pedro, vocês tornam minha vida mais completa. É por mim e por vocês que procuro seguir em frente sempre. Obrigada pela compreensão nos momentos em que, mesmo tão pertinho, não podíamos estar juntos. Vocês foram excepcionais.

Aos meus familiares, na pessoa da Nina Jéssica, que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida, compreendendo os momentos em que estive ausente.

Aos meus irmãos, na pessoa do grande lutador Lalan, pela alegria dos momentos compartilhados e pela força e apoio a mim dispensados.

Aos queridos cunhados Gustavo e Wellington, pela disponibilidade nos momentos em que recorri aos seus conhecimentos. Obrigada pela generosidade; aprendi muito com vocês.

À coordenação do Centro da Saúde da Família Pedro Celestino Romero, na pessoa da Dr.a Edineide, pelo apoio recebido.

Aos doze colegas de trabalho que aceitaram participar desta Intervenção e proporcionaram momentos indispensáveis para a construção do conhecimento.

A todos os colegas de trabalho, entre eles Karina e Ribamar, pelos momentos de descontração e sorrisos trocados.

Aos colegas de mestrado, nas pessoas de Rafaelle, Cícera, Janete, Hadson e Sandra, pela amizade e companheirismo que recebi. Nós percorremos este caminho juntos, nos complementando e nos fortalecendo. Obrigada pela rica troca e parceria. Os momentos que passamos juntos nunca serão esquecidos.

À Ana Paula, pelo apoio ao longo desses mais de vinte anos de cumplicidade, disponibilidade, confiança, apoio e credibilidade... Você já é família!

À Ângela da Silveira Kataoka, sempre tão sábia e disponível, com quem procuro aprender a ser mais humana a cada dia.

Aos anjos da minha vida, nas pessoas de Evilene Fernandes e família, Giselda, Paula Regina e Marlene. Sempre serei agradecida por terem tornado minha caminhada mais leve. Sei que foram enviados por Deus.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha vida e da minha formação: muito obrigada!

“O aprendizado fica aprimorado quando os aprendizes têm oportunidades para ativar experiências anteriores e integrar conhecimentos novos em seu mundo.”

David Merrill

SENA, Maria Ijane Cléa Nobre de. **Educação Permanente em Saúde:** Mediando uma Aprendizagem Sobre a Estratégia Saúde da Família – Um Estudo Piloto, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua principal estratégia de expansão e consolidação da Atenção Básica. Os Centros de Saúde da Família (CSF) absorvem um grande número de trabalhadores. A formação destes para o Sistema Único de Saúde e, nesse caso, para os CSF sobre a temática Estratégia Saúde da Família (ESF) é o objeto de estudo deste trabalho. Os treinamentos sobre ESF são poucos e direcionados às equipes de Saúde da Família (eSF), distanciando os demais trabalhadores dessa temática. Diante desse problema aplicou-se um projeto de intervenção com o objetivo geral de promover um processo de educação permanente focado na dinâmica da ESF para os trabalhadores do SUS, e com objetivos específicos de fomentar o conhecimento sobre ESF, sensibilizar os trabalhadores do CSF para o processo de trabalho na ESF e despertar nos participantes a importância da integração entre os demais trabalhadores e as eSF. A Intervenção se deu no CSF Pedro Celestino Romero, em fevereiro de 2014. Participaram dela doze de seus trabalhadores, de diversas categorias profissionais. Para eles foram realizadas três oficinas educativas, abordando temas relacionados à ESF. Obedeceu-se aos preceitos éticos da Resolução CNS Nº 466/2012. Na análise da Intervenção utilizaram-se roteiros de observação usados nas oficinas educativas, pré-testes e pós-testes e ainda um instrumento de avaliação da metodologia, baseados na escala de Likert (GIL, 1999). A análise considerou os dois primeiros níveis do método de avaliação de treinamentos de Kirkpatrick, que no primeiro nível avalia a reação dos participantes à metodologia abordada e, no segundo, a aquisição de conhecimentos por eles. Essa intervenção iniciou um processo de Educação Permanente sobre ESF. A avaliação dos dados mostrou que a Educação Permanente em Saúde é uma ferramenta importante para a aquisição/atualização de conteúdos, pois os trabalhadores aprimoraram e/ou aumentaram seus conhecimentos sobre ESF.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Educação Permanente. Atenção Primária à Saúde. Recursos Humanos em Saúde.

SENA, Maria Ijane Cléa Nobre de. **Permanent Education:** Favoring the Learning on Family Healt Strategy - A Pilot Study, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

ABSTRACT

The National Policy for Primary Care Family Health has its main strategy of expansion and consolidation of Primary Care. The Centers for Family Health (CSH) absorb large numbers of workers. The formation of these for the Health System and, if so, to CSF on the theme Family Health Strategy (FHS) is the object of study of this work. The training on FHS are few and directed to the Family Health Strategy teams (eSF), distancing the other workers of this theme. Faced with this problem, it was applied an intervention project with the overall goal to promote a process of continuing education focused on the dynamics of the ESF for SUS workers and specific objectives of promoting knowledge about ESF, sensitize CSH workers to the working process in the FHS and awaken in the participants the importance of integration between the other workers and the eSF. The intervention took place in the CSH Pedro Celestino Romero, in February 2014. Participated in the intervention twelve of its workers in various occupational categories. Three educational workshops were held to them on topics related to the FHS. It obeyed the ethical precepts of CNS Resolution Nº 466/2012. In the analysis of the intervention were utilized observation scripts used in educational workshops, pre-tests and post-tests and also a tool for assessing methodology, based on the Likert scale (GIL, 1999). The analysis considered the first two levels of Kirkpatrick's training evaluation method, which on the first level evaluates the reaction of the participants addressed the methodology and, in the second, the acquisition of knowledge by them. This intervention began a process of continuing education on FHS. The evaluation of the data showed that the Permanent Health Education is an important acquisition/update content tool because workers improved and/or increased their knowledge about FHS.

Keywords: Family Health Strategy. Permanent Education. Primary Health Care. Health Manpower.

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1 - Registro Fotográfico da 1ª Oficina Educativa 41

Figura 4.2 - Registro Fotográfico da 2ª Oficina Educativa 41

Figura 4.3 - Registro Fotográfico da 3ª Oficina Educativa 42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Trabalhadores do CSFPCR. Fortaleza-CE, 2014 33

Quadro 2 - Composição do grupo das Oficinas Educativas. Fortaleza- CE, 2014..... 34

Quadro 3 - Descrição da Temática e Objetivos das Oficinas Educativas 36

Quadro 4 - Caracterização dos participantes do grupo quanto à idade, sexo, nível de escolaridade, tempo de trabalho na ESF, participação anterior em capacitação sobre ESF e visão sobre a importância de capacitações sobre a ESF. Fortaleza - CE, 2014..... 43

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 - Apresentação dos dados referentes à Escala de Likert da 1ª oficina: "Conhecendo a Estratégia Saúde da Família".....46

Tabela 2 - Apresentação dos dados referentes à Escala de Likert da 2ª oficina: "Reconhecendo meu papel na ESF".....47

Tabela 3 - Apresentação dos dados referentes à Escala de Likert da 3ª oficina: "Reconhecendo o valor do trabalho em equipe".....47

Gráfico 1 - Aquisição do Conhecimento dos Participantes relativo à primeira Oficina Educativa: "Conhecendo a Estratégia Saúde da Família". Fortaleza - CE, 2014 49

Gráfico 2 - Aquisição do Conhecimento dos Participantes relativo à segunda Oficina Educativa: "Reconhecendo meu papel na ESF". Fortaleza - CE, 2014 50

Gráfico 3 - Aquisição do Conhecimento dos Participantes relativo à terceira Oficina Educativa: "Reconhecendo o valor do trabalho em equipe. Fortaleza - CE, 2014 51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
APS - Atenção Primária em Saúde
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSF - Centro de Saúde da Família
CSFPCR - Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero
DAB - Departamento de Atenção Básica
EC - Educação Continuada
EFC - Ensino Fundamental Completo
EFI - Ensino Fundamental Incompleto
EMC - Ensino Médio Completo
EP - Educação Permanente
EPS - Educação Permanente em Saúde
ESC - Ensino Superior Completo
eSF - Equipes de Saúde da Família
ESF - Estratégia Saúde da Família
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PITS - Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
SF - Saúde da Família
SRV - Secretaria Regional V
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15

2 OBJETIVOS 21

2.1 OBJETIVO GERAL 21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 21

3 REFERENCIAL TEÓRICO 22

3.1 ATENÇÃO BÁSICA (AB) E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) 22
3.2 EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E OUTRAS CATEGORIAS DE TRABALHADORES DO SUS 25
3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE (EP) VERSUS EDUCAÇÃO CONTINUADA (EC) 26
3.4 A ESF COMO TEMÁTICA PARA AÇÃO DE EP NOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA 29

4 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO 32

4.1 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO 32
4.2 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO 34
4.3 PROCEDIMENTOS DA INTERVENÇÃO 34
4.3.1 A técnica de oficinas educativas 34
4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA INTERVENÇÃO 37
4.5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 38
4.5.1 Apresentação de dados referentes aos Roteiros de Observação das Oficinas 38
4.5.2 Perfil dos Participantes das Oficinas Educativas 42
4.5.2.1 Faixa Etária 43

4.5.2.2 Sexo 44

4.5.2.3 Tempo de serviço na ESF 44

4.5.2.4 Categoria profissional dos participantes. 44

4.5.3 Apresentação e discussão dos dados referentes aos instrumentos de avaliação das oficinas 45

5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS 53

REFERÊNCIAS 54

APÊNDICE A – ROTEIRO PRIMEIRA OFICINA EDUCATIVA 57

APÊNDICE B – ROTEIRO SEGUNDA OFICINA EDUCATIVA 59

APÊNDICE C – ROTEIRO TERCEIRA OFICINA EDUCATIVA 61

APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA OFICINA..... 63

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO PRÉ-TESTE E PÓS-TESTE 1ª OFICINA..... 65

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO PRÉ-TESTE E PÓS-TESTE 2ª OFICINA..... 67

APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO PRÉ-TESTE E PÓS-TESTE 3ª OFICINA 69

APÊNDICE H – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA 1ª OFICINA 71

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA 2ª OFICINA..... 72

APENDICE K – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... 74

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu no Brasil no ano de 1994 como Programa de Saúde da Família (PSF) e vem se consolidando como eixo estruturante da assistência, na busca de uma reorganização da atenção básica no País, em consonância com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e de forma descentralizada (MELO, 2013; BRASIL, 2012). A mudança de nomenclatura de "programa" para "estratégia" se fez necessária porque a primeira denota uma ideia de projeto com intervalo temporal definido, isto é, com início, desenvolvimento e fim em prazos pré-definidos, enquanto que o que se prentendia era estabelecer uma reestruturação da Atenção Básica (AB), sem previsão de finalização, de forma que o termo "estratégia" tornou-se mais adequado.

Em sua essência, a ESF é guiada pelos princípios da universalidade, do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da equidade e da participação social. Nesse sentido, como corrobora o texto de SOUZA (2000), o PSF tem uma concepção diferente em relação aos programas tradicionais do Ministério da Saúde (MS), uma vez que não tem como objetivo intervenções pontuais, mas ações integradas com o propósito de enfrentar problemas de saúde de uma população definida.

O cenário de enfrentamento desses problemas é diverso e tem como base os Centros de Saúde da Família (CSF), que vêm absorvendo uma parcela significativa de trabalhadores da saúde. De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB), dados de janeiro de 2014, no Brasil 5.352 municípios contam com equipes de Saúde da Família (eSF). No Ceará são 184 municípios que possuem eSF, totalizando 2.083 equipes implantadas. A cidade de Fortaleza está entre esses municípios do Ceará e possui um total de 273 eSF implantadas em seu território (BRASIL, 2014).

A Política Nacional de Atenção básica dimensiona as eSF da seguinte forma:

> Essas eSF são compostas, no mínimo, por um médico generalista ou especialista em saúde da família ou um médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada. Quando ampliadas, essas eSF contam também com uma equipe de saúde bucal

> formada por um Cirurgião Dentista generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

É importante ressaltar que, além dos membros das equipes de Saúde da Família, outros trabalhadores do SUS exercem atividades essenciais para a funcionalidade do CSF, e por consequência para a assistência à saúde da população. Estão entre eles os coordenadores de serviços de saúde, os agentes administrativos, os auxiliares de serviços gerais, os zeladores, os porteiros e os atendentes de farmácia. Alguns serviços de saúde contam, ainda, com Fisioterapeutas, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Educadores Físicos e Assistentes Sociais, que fazem parte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Essas informações mostram a grande quantidade de trabalhadores envolvidos na ESF, sendo de suma importância uma formação sobre esta temática, em especial, para os trabalhadores dos CSF, que, como o próprio nome sugere, são Centros de Saúde que abrigam equipes de Saúde da Família e que trabalham dentro da Estratégia Saúde da Família.

Sobre o conhecimento acerca dessa estratégia pelos profissionais desses serviços, Besen *et al* (2007) constataram em seu estudo sobre *A estratégia de saúde da família como objeto de educação em saúde*, que muitos de seus profissionais não têm clareza do que realmente seja essa estratégia e que, dessa forma, pouco podem contribuir como propagadores de informações a seu respeito. Os autores sugerem, ainda, que esses profissionais sejam capacitados a trabalhar nesse novo modelo de saúde, pois, como comentam Balbino *et al* (2010), há uma real carência de profissionais com o perfil necessário para atuar em uma eSF, de forma que os profissionais precisariam compreender melhor a dinâmica do processo de trabalho na ESF.

Com este fim, foi instituída, em Fevereiro de 2004; através da portaria GM/MS nº 198 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a qual em 2007 foi reformulada pela Portaria GM/MS nº1996. Essa Portaria dispõe sobre as diretrizes para a sua implementação e reforça a nescessidade de descentralização nos processos de aprovação, execução e financiamento dessa política (BRASIL, 2007).

Diante dessa necessidade, foram criados os Polos de Educação Permanente em Saúde, os quais têm promovido cursos para diversos segmentos de trabalhadores em todo o país, o que, com certeza, têm contribuído para melhor qualificação destes. Todavia, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2012 e com a vivência da pesquisadora, faz-se igualmente necessário que tais ações ocorram dentro dos serviços e alcancem todos os trabalhadores (BRASIL, 2012).

O envolvimento da pesquisadora na temática ESF teve início logo após sua graduação em Enfermagem, em agosto de 1998, quando ajudou na implantação de uma eSF, na zona rural da cidade de Morada Nova-CE, onde trabalhou como enfermeira da ESF até julho de 2002. Após essa experiência inicial, tendo sido selecionada para o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde[1]-PITS, teve a oportunidade de implantar outra eSF, dessa vez na sede da cidade de Andorinha-BA, atuando ali como pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, por um período de um ano e seis meses, quando após solicitar transferência para seu estado de origem, foi lotada na cidade de Alto Santo-CE, permanecendo ali como pesquisadora por mais sete meses. Finalizado o PITS, continuou em Alto Santo por quatro meses como enfermeira da ESF, contratada pela prefeitura. Em seguida, trabalhou na cidade de Maracanaú, como enfermeira da ESF, também coordenando a Unidade de Saúde, por um ano e sete meses. Em 2006, após aprovação em concurso público para enfermeira da ESF, passou a atuar no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero (CSFPCR) em Fortaleza-CE onde permanece até os dias atuais.

Esses 15 anos de atividade profissional na ESF conferiram a essa pesquisadora significativa experiência, permitindo constatar, através de sua vivência, o quão insuficiente é o conhecimento dos trabalhadores dos CSF sobre a ESF, além do fato de que os treinamentos que abordavam essa temática eram oferecidos apenas aos profissionais das eSF, mais especificamente aos médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e ACS, excluindo os demais trabalhadores desses centros e até mesmo os auxiliares ou técnicos de enfermagem que fazem parte dessas equipes. Ademais, cotidianamente foram observados e vivenciados pela pesquisadora diversos conflitos entre a população e os trabalhadores, ou dos trabalhadores entre si, gerando nela a percepção de que o desconhecimento sobre os princípios e diretrizes da ESF estava entre os fatores que desencadeavam tais conflitos.

Na visão de Luiz (2010), [...] é importante que os trabalhadores da ESF conheçam as suas atribuições e desenvolvam um perfil adequado ao exercício das mesmas, a fim de que suas ações ocorram em conformidade com a proposta da ESF, considerando seus princípios e diretrizes.

[1] O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde-PITS foi instituído pela Presidência da República através do Decreto Nº 3.745 de 05 de Fevereiro de 2001, com o objetivo de incentivar a alocação de profissionais de saúde, de nível superior, em municípios de comprovada carência de recursos médico-sanitários, por meio da oferta de incentivos financeiros e de formação profissional aos participantes durante um ano, prorrogável por mais um. Essa interiorização de médicos e enfermeiros impulsionou a reorganização da atenção básica à saúde no país e fortaleceu o Programa de Saúde da Família em regiões que não conseguiam atrair esses profissionais. A contratação desses profissionais se deu através do Convênio MS/SPS nº 111/2001, celebrado entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

Nesse contexto, pode-se dizer que, para atuarem na ESF, o pouco conhecimento desses trabalhadores sobre a própria ESF, em seus conceitos gerais e específicos, apresenta-se como um problema, pois é parte dos fatores relacionados às barreiras e dificuldades de sua operacionalização, e se dá por conta dessa dissociação entre "o que eu sei" e "o que eu faço". Fiúza *et al* (2012) afirmam que os atores institucionais envolvidos nos processos precisam considerar a fundamental importância de ter profissionais capacitados para atuar na ESF, para que as populações cheguem a níveis adequados de saúde, tendo acesso a serviços integrais e de qualidade. Assim, para o conjunto de trabalhadores da ESF, faz-se necessário um processo de Educação Permanente em Saúde (EPS), tendo como temática a própria ESF, consoante ao que preconiza a PNAB de 2012.

Apesar da relevância do conhecimento sobre a ESF para a atuação dos trabalhadores dos CSFs, constatou-se que são escassos, na literatura pesquisada, trabalhos que abordem diretamente a ESF como temática de ações de EPS.

Em levantamento bibliográfico realizado pela pesquisadora utilizando os descritores "Estratégia Saúde da Família", "Formação de Recursos Humanos" e "Educação Permanente", no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, utilizando busca simples por assunto, obteve-se um total de 1.907 artigos. Para o termo "Formação de Recursos Humanos" foram encontrados 1.706 artigos. No entanto, ao se fazer uma busca avançada com esses mesmos descritores e refinando os resultados através da limitação a artigos em qualquer idioma, com data inicial da pesquisa de 01/01/2007 até o dia 31/03/2014 retornaram 264 artigos. Após leitura dos resumos, apenas doze artigos mostraram-se relevantes para o estudo em questão.

Na Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) foi realizada busca avançada, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores "Estratégia Saúde da Família" e "Formação de Recursos Humanos", utilizando o operador boleano AND, obteve-se o retorno de 81 estudos. Em seguida, refinou-se a busca utilizando os filtros: texto completo; todos os bancos de dados, idiomas português, inglês e espanhol; além de artigos e teses com publicação apartir de 2009 até 2014. Com este refinamento, o número de artigos encontrados reduziu-se para 54, dos quais 13 relacionavam-se com a temática pretendida. Em nova busca avançada, agora com os descritores "Estratégia Saúde da Família" AND "Educação Permanente em Saúde", utilizando como filtros as bases de dados LILACS, BDENF, COLECIONA SUS e MEDLINE, Artigos e Teses a

partir de 2009 em inglês, português e espanhol, houve um retorno de 123 estudos dos quais 16 eram interessantes para a pesquisa. Considera-se importante destacar que, nesse momento das buscas, os estudos relevantes já se repetiam.

Foram realizadas buscas avançadas também nas bases de dados SCIELO e PubMed, com os descritores "Estratégia Saúde da Família" AND " Educação Permanente em Saúde" e com seus sinônimos, nessa busca retornaram 11 estudos, dentre os quais três artigos de interesse não tinham sido encontrados em buscas anteriores. Por último, pesquisou-se na base de dados SciVerse SCOPUS[2] através da pesquisa avançada com os termos "Family Health Strategy" AND " Staff Development", filtrando por artigos publicados entre 2007 e 2014, não sendo encontrada nenhuma publicação.

As buscas evidenciam que a temática "ESF" ainda é pouco inserida nas publicações científicas que tratam de Eduacação Permanente em Saúde. Todavia, na percepção da pesquisadora, essa deveria ser uma temática melhor discutida e problematizada para que fosse compreendida pelos trabalhadores e por eles disseminada para a população. Corroborando com esta ideia, Besen *et al* (2007) sugerem que a discussão sobre o que seja e a que se propõe a ESF e o SUS, pelos profissionais da ESF, junto à população, possa ser geradora de empoderamento dessa população.

O cenário acima descrito justifica o presente trabalho de pesquisa, que propõe uma abordagem intervencionista de EPS, voltada não apenas a alguns trabalhadores dos CSF, mas que se estenda a todas as categorias de trabalhadores desses serviços, buscando desenvolver entre esses um conhecimento unificado sobre a ESF.

Fiúza *et al* (2012) reconhecem que o investimento em políticas de formação e EPS interdisciplinar, que articule ensino/trabalho, é uma forma de intervenção necessária na situação atual das unidades de saúde e tem impacto direto na melhoria da qualidade da ESF.

Em termos de operacionalização, os serviços da ESF necessitam que todos os seus trabalhadores sejam cada vez mais qualificados, sendo relevante sua igual participação em programas de EPS sobre a ESF.

Diante do exposto, esta Dissertação buscará, em seu objetivo geral, executar um projeto piloto de intervenção para educação permanente em saúde, com foco na

[2] O SciVerse SCOPUS é uma base de dados com resumos e referências do SciVerse da Elsevier, que integra o conteúdo confiável já conhecido dos artigos de texto completo do SciVerse ScienceDirect, o qual é avaliado por pares do SciVerse Scopus (com base em suas assinaturas) – link: http://www.scopus.com/home.url.

dinâmica da Estratégia Saúde da Família, para trabalhadores de uma unidade básica de saúde do Município de Fortaleza, utizando-se da técnica de oficinas educativas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Executar um projeto de intervenção para educação permanente em saúde, com foco na dinâmica da Estratégia Saúde da Família, para trabalhadores de uma unidade básica de saúde do Município de Fortaleza.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Despertar nos sujeitos envolvidos a importância da integração entre os demais trabalhadores e a equipe mínima da ESF;
- ✓ Sensibilizar os trabalhadores do CSF para o processo de trabalho da ESF;
- ✓ Fomentar o conhecimento sobre Estratégia Saúde da Família;
- ✓ Promover uma reflexão, entre os participantes, sobre a metodologia de ensino/aprendizagem utilizada.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Uma das características que vem recebendo destaque no setor saúde diz respeito a sua complexidade e intersetorialidade, destacando-se suas notáveis relações com o setor educativo. Nessa perspectiva, os Ministérios da Educação e da Saúde unem esforços, e, através da PNEPS, procuram articular necessidades e possibilidades de educação dos trabalhadores do SUS voltadas a uma maior resolutividade e melhoria da qualidade dos serviços. Dessa forma, para fundamentação do trabalho, resgatam-se alguns conceitos que dizem respeito à saúde e educação e que estão intimamente ligados à pesquisa e que, acredita-se, sejam importantes na análise dos discursos. Em particular, são discutidos os conceitos de Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família e equipe Saúde da Família, outras categorias de trabalhadores do SUS, e os termos Educação Permanente em Saúde e Educação Continuada. Por fim, situa-se a Estratégia Saúde da Família enquanto Temática para Ação de Educação Permanente nos Centros de Saúde da Família.

3.1 ATENÇÃO BÁSICA (AB) E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica-PNAB, aprovada pela portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, foi o documento que, inicialmente, regulamentou e estabeleceu as diretrizes e normas para a organização da AB. Tratava a ESF como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2006).

Com o passar dos anos, a Estratégia Saúde da Família apresentou grande expansão no Brasil e devido as grandes diferenças existentes entre as populações e a diversidade de realidades regionais, fez-se necessário uma atualização da PNAB, e em 2011, através da portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 foi aprovada uma nova Política Nacional de Atenção Básica, revisando diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Esteatégia Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS (BRASIL, 2011).

Melo (2013) indica alguns pontos relavantes da nova PNAB:

> [...] a nova Política Nacional de Atenção Básica trouxe conceitos atualizados, mais flexibilidade e mais atenção às diferenças regionais, além de demarcar a importância do acolhimento e atenção à demanda espontânea no âmbito da Atenção Básica (idem, p.45).

Essa nova PNAB traz um reordenamento no que se refere à organização dos serviços de AB. Propõe que as agendas dos profissionais das eSF sejam voltadas às necessidades dos usuários e que deixem de ser montadas em função exclusiva das ações programáticas, como vinha acontecendo. Em relação ao conceito de AB diz que

> Por atenção básica compreende-se o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a população de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012, p.19).

Embora para o Ministério da Saúde o conceito de Atenção Básica esteja bem definido, existem, reconhecidamente, no processo histórico brasileiro, várias denominações para Atenção Primária em Saúde (APS). Mendes e Takeda, citados por Brasil (2011), e o próprio Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida por APS. Entretanto, no Brasil, instituiu-se uma terminologia própria, quando o MS adotou a nomenclatura "Atenção Básica" para definir a APS, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (SF). Neste trabalho será utilizada a terminologia adotada pelo MS.

A Estratégia Saúde da Família surgiu, no Brasil no ano de 1994, como PSF. Teve sua implantação inicial nas regiões Norte e Nordeste, tendo como finalidade máxima o controle de epidemias, a redução da mortalidade infantil e a melhoria da qualidade de vida da população. Demonstrados através da significativa redução da mortalidade infantil, do aumento do percentual de gestantes que iniciam o pré-natal até o terceiro mês de gestação, da redução de internações hospitalares por diarreias e infecções respiratórias agudas em crianças menores de cinco anos,os resultados foram considerados excelentes. (MELO, 2013).

Segundo Melo (2013), aliado a informações de Brasil (2012), com esses resultados, o programa tomou grandes proporções no país. Atualmente, são 39.943 Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde atuam 34.715 eSF, passando a ser denominado ESF e sendo considerado pelo MS, gestores estaduais e municipais como a estratégia prioritária para expansão, qualificação e consolidação da AB, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho, com maior potencial de aprofundar os princípios,

diretrizes e fundamentos da AB, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo efetividade.

Por sua vez, o CONASS declara ter dado um passo importante na qualificação dessa estratégia, quando considerou o PSF como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, tendo como princípios a família como foco de abordagem; a definição de território; o cadastramento da clientela; o trabalho em equipe; a interdisciplinaridade; a corresponsabilidade; a integralidade da assistência; a resolutividade; a intersetorialidade; e o estímulo à participação social (BRASIL, 2011). Seguindo a mesma linha de pensamento, Giovanella, Escorel e Lobato (2008) afirmam que

> [...]ao ser assumido como estratégia, o Programa de Saude da Família difunde uma perspectiva inovadora para a atenção primária no país, voltada para a família e a comunidade, que tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial [...], contudo, o sucesso da implementação da estratégia para a maioria da população brasileira [...] dependerá da política adequada de recursos humanos, que viabilize: a profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde; a fixação dos profissionais de saúde, proporcionando-lhes satisfação no trabalho; políticas de formação profissional e de educação permanentes adequadas ao desenvolvimento de suas atribuições em atenção primária à saúde; iniciativas locais competentes e criativas para enfrentar a diversidade existente no país.

Nota-se, portanto, a relevância de ações de educação permanente, a nível local, sobre a própria ESF, que envolvam trabalhadores de diferentes categorias, para suscitar mudanças no modelo assistencial e que gerem satisfação no trabalho.

Para Campos (2006), a ESF consiste de um modelo de atenção primária que é operacionalizado por intermédio de ações de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e de cuidados paliativos que são prestados a uma população definida, pelas eSF, que são comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focada na família, levando-se em consideração o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserida. Araújo *et al* (2013) corroboram esse conceito e acrescentam que, por definição, pode-se considerar a experiência brasileira de ESF um modelo coletivo de atenção primária, com a peculiaridade de ser construído no âmbito de um sistema de saúde púlico e universal.

Observa-se, então, que, embora sejam variadas as terminologias, existe certa homogeinidade nas perspectivas dos autores acerca da ESF e da AB, de forma que,

neste trabalho, serão adotadas essas duas terminologias, sem distoar dos conceitos a elas associados.

3.2 EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E OUTRAS CATEGORIAS DE TRABALHADORES DO SUS

A equipe de Saúde da Família é referida como organização nuclear do trabalho para a realização do Programa de Saúde da Família, consistindo em uma estratégia de política pública que pretende reorientar o modelo de assistência à saúde no país por meio do fortalecimento da AB (VIANA et al, 2008).

A Política Nacional de Atenção Básica - 2012 define a eSF como multiprofissional e composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou um médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada. Como parte dessa equipe multiprofissional poderá ser incluída a categoria de profissionais de saúde bucal,a saber: um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Essa política considera que na Atenção Básica a presença de trabalhadores de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre eles, é essencial não somente para compartilhar as ações, mas também para dar lugar a um processo interdisciplinar no qual os núcleos de competências específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe.

Todavia, como mencionado, para um funcionamento adequado e satisfatório dos Centros de Saúde da Família, estes devem contar com outras categorias de trabalhadores, que desempenham funções essenciais dentro desses serviços e devem ser valorizados. Em nossa realidade podemos observar que praticamente todos os processos educativos são voltados para as eSF, ficando os outros trabalhadores distantes de conhecimentos necessários à sua prática cotidiana.

Portanto, acredita-se que essas outras categorias de trabalhadores também devam ser alvo de ações de formação sobre a Estratégia Saúde da Família, a fim de que todos se tornem conhecedores dessa temática e sejam sensibilizados para o processo de

trabalho dentro dessa estratégia, favorecendo ainda um despertar sobre a importância da integração entre os trabalhadores e as eSF. A EPS apresenta-se como uma ferramenta de educação oportuna para esse processo de aprendizado.

3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE (EP) VERSUS EDUCAÇÃO CONTINUADA (EC)

Os conceitos de EC e de EP, por vezes, são confundidos e utilizados como se fossem sinônimos. No entanto, uma rápida busca na literatura pode nos mostrar diferenças substanciais entre essas duas estratégias de educação em saúde.

Para Ribeiro e Motta (1996 apud PINTO et al, 2008, p.64), essas estratégias têm como principais pontos comuns o desenvolvimento profissional e a continuidade das ações educativas. Todavia, fundamentam-se em princípios metodológicos distintos, podendo, ou até mesmo, devendo ser utilizadas em conjunto, de maneira que possibilitem a transformação profissional através do aprimoramento de habilidades e competências, a fim de fortalecer o processo de trabalho.

Ao se comparar essas duas modalidades de educação, de forma simplificada, destaca-se que a EC envolve atividades de ensino após a graduação, de cunho científico, em um tempo definido, utilizando-se de metodologias tradicionais. A EPS, por sua vez, estrutura-se nas demandas educativas oriundas dos processos de trabalho, tendo como referências as necessidades de saúde dos atores sociais envolvidos de forma descentralizada e multiprofissional, utilizando metodologias problematizadoras capazes de gerar transformações na gestão de serviços e no controle social (CONTRIM-GUIMARÃES, 2009).

A Educação Continuada traz como principais características: a reprodução da continuidade do modelo escolar ou acadêmico, que é centralizado na atualização de conhecimentos em ambiente de salas de aula; a fundamentação em técnicas de transmissão de conteúdos, que visam conceituar tecnicamente a prática como campo de aplicação de conhecimentos especializados, mantendo a lógica dos currículos universitários, produzindo, dessa forma, um distanciamento entre a prática e o saber acadêmico, gerando uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática; a oferta de capacitação com rupturas no tempo; e a centralidade em cada categoria profissional, em particular a categoria médica, praticamente desconsiderando a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores. (BRASIL, 2009).

A Educação Permanente, por sua vez, é a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Ela se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, podendo também ser entendida como aprendizagem-trabalho. Em outras palavras, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, e é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (SANCHES et al, 2009; FIÚZA et al, 2012). Esses autores propõem, ainda, que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e consideram que as necessidades de formação e desenvolvimento desses trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações.

Segundo Tesser et al (2011) a educação permanente fornece elementos valiosos de aquisição de conhecimento, pois promove uma visão geral filosófico-política e tecnico-pedagógica para o processo de formação e aperfeiçoamento constante dos profissionais de saúde em relação aos desafios de seu trabalho contidiano.

Para Sardinha Peixoto et al (2013) e Brasil (2009), os processos de EPS têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Dessa maneira, a EP transcende seu caráter pedagógico e passa a ser vista também como importante estratégia de gestão. Paulino et al. (2012), no artigo intitulado *Ações de Educação Permanente no contexto da Estratégia de saúde da Família*, mostram estar de acordo com a relevância da EP para a gestão, quando diz que ela tem o objetivo de promover mudanças por meio de transformações de atitudes pessoais dos profissionais, que devem refletir no ambiente de trabalho e que torna esses profissionais capacitados a planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade.

Davine (2009) reforça esse potencial gestor da EPS quando diz que esses processos têm como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Do ponto de vista pedagógico, a EP está embasada em um processo que contempla, desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades, até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, levando-se em conta os conhecimentos prévios dos sujeitos, seus valores, as relações de poder existentes, o planejamento e organização do trabalho, fazendo assim do processo formativo uma aprendizagem significativa (BRASIL, 2012).

No entanto, Besen et al (2007) referem ter constatado que uma das problemáticas centrais para a reorganização da política da AB ainda é a formação dos trabalhadores (formação acadêmica), na qual os processos formativos continuam na lógica apenas da cura de doenças e na tentativa de mudanças de comportamentos individuais. Além disso, estes demonstram não estar preparados para o trabalho na perspectiva da Promoção da Saúde, que é requerida pela ESF.

No mesmo raciocínio, Costa e Miranda (2008) afirmam que

> A quase unanimidade dos estudiosos está de acordo quanto à opinião de que a inadequação dos recursos humanos, na reorganização dos serviços de saúde, deve-se substancialmente ao modelo pedagógico hegemônico conteudista e fragmentado, arraigado nas instituições de ensino, e ao modelo biomédico fortalecido com as práticas tradicionais de saúde, voltadas para a atenção individualizada, especializada, centrada na supervalorização da medicina curativa e hospitalar.

Há, portanto, um contraponto entre essa forma de educação e trabalho e as exigências de atuação profissional e de organização dos serviços atuais. O que de fato se busca na atual política de saúde são ações pautadas na produção do cuidado e de um fazer em saúde diferenciado, centrado na família, na equipe multiprofissional, nas ações intersetoriais e na assistência integral, fortalecendo a necessidade de formação inicial e permanente dos trabalhadores com preparação acadêmico-científica, ética, humanística, dotados de conhecimentos técnico-político e cultural para assesoramento na prestação dos serviços e nos movimentos sociais, construindo, assim, perfis que contemplem a integralidade (COSTA E MIRANDA, 2008).

Por essas razões, reforça-se a importância da EP na reestruturação da AB, de modo a aproximar a prática habitual da Educação em Saúde da realidade vivida no cotidiano dos CSF. As ações de EP, para trabalhadores da AB, estão pautadas, na PNAB-2012, como responsabilidade comum a todas as esferas de governo, quer sejam federal, estadual e municipal e figuram como importante estratégia de gestão e atenção à saúde (BRASIL, 2012, p.40).

Para esta política,

> [...] é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto

> das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

Diante do que foi exposto, constata-se que a EPS é uma estratégia educativa apropriada e indicada para a formação dos trabalhabalhadores dos CSF.

3.4 A ESF COMO TEMÁTICA PARA AÇÃO DE EP NOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Mesmo com tamanha importância para o cenário atual da saúde no Brasil, em que se apresenta como porta de entrada dos serviços de saúde do SUS, a ESF, enquanto temática de educação permanente em saude, é ainda pouco difundida, como se pôde constatar através de levantamento bibliográfico realizado no qual apenas um artigo versava sobre esse assunto.

Seria esta temática considerada de domínio público? Uma vez que quase nada, ou muito pouco, se discute sobre isso, o que acaba por gerar a reprodução de modelos assistenciais centrados na doença. Sobre isso Machado (2007), em sua tese de doutorado, coloca que a prática dentro do PSF está ainda voltada para o modelo centrado na doença e que se encontra distante de valores como aproximação, vínculo, solidariedade e corresponsabilidade, que são valores propostos pelo PSF. Diz ainda que

> Superar este modo de fazer PSF é um desafio, o qual entendemos ser necessário para alcançar pleno êxito. Para tanto, um trabalho deve ser desenvolvido aos usuários e profissionais, no sentido de possibilitar aos primeiros conhecer e compreender o PSF e aos demais prepar-los para o exercício desta proposta (MACHADO, 2007, p.171).

Essa compreensão sobre a ESF nos parece ser necessária não somente aos usuários dos serviços, mas também aos trabalhadores dos CSF, que poderão ser os disseminadores dessa temática para os usuários.

Entretanto, o desconhecimento ou o pouco conhecimento sobre a “ESF” por parte dos trabalhadores de CSF dificulta esse repasse de conhecimento, e, ainda pior, pode levar ao fornecimento de informações incorretas, ou até inverídicas, sobre o serviço, aos usuários, ocasionando insegurança e insatisfação; além de ser um fator complicador na integração entre os trabalhadores e entre estes e as comunidades por eles assistidas, comprometendo a qualidade da assistência e a motivação dos trabalhadores desses serviços de saúde. Quando muito, a temática ESF é abordada para

os trabalhadores que fazem parte das eSF, através de um “Treinamento Introdutório ao PSF”.

Essa capacitação geralmente acontece em espaços distantes de suas realidades de trabalho e, em alguns municípios, exige-se esse treinamento como pré-requisito para ocupação de vaga na eSF. Parte do conteúdo desse treinamento refere-se aos conceitos de SUS e ESF, seus princípios e diretrizes. É um treinamento importante, que ajuda os trabalhadores a compreenderem melhor o processo de trabalho na ESF, no entanto, tem como pontos negativos: ser pontual, ocorrendo apenas no momento de inserção do trabalhador; e ser direcionado apenas aos membros da eSF, deixando de fora os demais trabalhadores dos CSF.

Neste trabalho pretende-se ir um passo além, propondo-se um processo de EP, abordando como temática a ESF, elaborado sob a perspectiva do envolvimento de todos os trabalhadores dos CSF, para execução no próprio local desses serviços.

A proposição de um processo de EP, com a inserção de todas as categorias de trabalhadores dos CSF, é importante para que haja uma real integração entre estes trabalhadores, certa uniformidade de linguagem e conhecimento a respeito do que é a ESF, e, até mesmo, possibilidade de torná-los propagadores de conhecimentos sobre ESF para os usuários, evitando o fornecimento de informações incoerentes e contraditórias à esses usuários. Justificando-se, ainda, pelo que dizem Viana *et al* sobre as atividades educativas que têm sido ofertadas aos profissionais da AB:

> Predominam atividades educativas voltadas para o público-alvo de uma área profissional específica, aspecto que se refere à fragmentação das ações de saúde e a tradição do trabalho individualizado por categorias no modo de organização do processo de trabalho em saúde. Nesse sentido, pesquisa de avaliação das áreas voltadas aos recursos humanos na atenção primária demonstra que a capacitação para áreas profissionais específicas, centradas em técnicas, não garante a compreensão das situações cotidianas do processo de trabalho das equipes, havendo escassez de processos educativos voltados para todos os trabalhadores das UBS (idem, 2008, p.86).

Nessa pesquisa, realizada por Viana et al (2008) sobre a capacitação dos profissionais da atenção básica em saúde em municípios de São Paulo, observaram que a sede da gestão de saúde do município é o local onde mais ocorrem os processos de capacitação, sendo a própria UBS pouco utilizada com esse objetivo específico. No entanto, para Brasil, (2004), as atividades educativas de trabalhadores devem ser despontadas e executadas próximas à realidade de trabalho, para que estimulem sua

problematização, ocorram de forma contextualizada e promovam o diálogo entre as políticas públicas e as especificidades dos cenários e das pessoas.

Tais estudos permitem concordar que o Centro de Saúde da Família é um local oportuno para execução de processos de Educação Permanete em Saúde.

4 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

O presente relatório tem como finalidade fazer uma descrição da Intervenção realizada no Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero, com objetivo de promover um processo de Educação Permanente com foco na dinâmica da Estratégia Saúde da Família para trabalhadores do SUS. Nele apresentam-se o cenário, os sujeitos, os procedimentos e os aspectos éticos da intervenção. No tópico Procedimentos da Intervenção expõe-se a técnica de oficinas educativas, que foi utilizada nesse estudo, e descrevem-se os instrumentos que foram usados para coleta de dados com finalidade avaliativa.

4.1 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

O local de realização da intervenção foi o Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero (CSFPCR), que é uma UBS que faz parte da Secretaria Regional V (SR V), da Prefeitura Municipal de Fortaleza- Ce; estando situado à Rua Gastão Justa Nº 215 no bairro Mondubim, funcionando de 7:00 às 19:00 hs, de segunda a sexta-feira, com quatro eSF, sendo responsável por aproximadamente 22 mil e 700 pessoas, número superior ao determinado pelo Ministério da Saúde que seria de, no máximo, 16 mil pessoas para aquela unidade.

Esta unidade de saúde oferece os serviços de 73 trabalhadores, dentre os quais 41(56,2%) fazem parte das equipes de Saúde da Família, enquanto os demais 32(43,8%) pertencem a outras categorias de trabalhadores. Esses trabalhadores estão relacionados no Quadro 1:

Quadro 1 – Trabalhadores do CSFPCR. Fortaleza-CE, 2014

Categoria profissional	N° de trabalhadores
Coordenador de Unidade de Saúde/DNI-Representantes da gestão	02
Segurança	04
Controlista de Acesso	02
Auxiliar de Serviços Gerais	05
Agente Administrativo	05
Atendente de consultório médico	02
Atendente de Farmácia	02
Médicos da ESF	04
Enfermeiros da ESF	04
Recepcionista	02
Cirurgiões-dentistas da ESF	02
Auxiliares em Saúde Bucal	02
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	10
Mobilizador Social	02
Agentes Comunitários de Saúde	25
Total de trabalhadores	**73**

Fonte: Elaboração da pesquisadora

A escolha desse centro de Saúde, para a realização do trabalho de intervenção, se deu por tratar-se do local de trabalho da pesquisadora e dos sujeitos da intervenção.

Sobre a escolha do local para realização de atividades educativas para trabalhadores, Peduzzi *et al* (2009) destacam que fatores como a presença de práticas educativas no modelo da Educação Continuada e a utilização de locais externos aos serviços de saúde para realização dessas práticas, deixando de aproveitar o trabalho cotidiano como espaço de apreensão e resposta às carências de educação dos trabalhadores dos serviços, ressaltam a necessidade de as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ampliarem as ações educativas de trabalhadores no próprio espaço cotidiano de trabalho. O Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero não possui local adequado para a realização de atividades de educação em saúde, fator que dificulta a promoção da saúde dos usuários e as atividades de Educação Permanente dos trabalhadores. Esse fato contraria a Portaria nº 340, de 4 de março de 2013, que redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde, em seu Anexo-I, define que para Unidades Básicas de Saúde Porte IV, ou seja, aquelas que comportam quatro equipes de Saúde da Família, faz-se necessário uma Sala de atividades coletivas (SAC), com área de trinta metros quadrados. Por não haver Sala de Atividades coletivas na unidade escolhida, as oficinas ocorreram no Salão Paroquial da Capela Santo Inácio de Loyola, uma instituição religiosa parceira, que sempre acolheu as demandas desse centro de saúde. O Salão Paroquial fica localizado à Rua São Clemente Nº 725, Mondubim. Este local foi

definido por ser amplo, arejado, agradável e por ficar bem próximo ao referido Centro de Saúde, além de ser conhecido por todos os trabalhadores.

4.2 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

Participaram dessa Intervenção 12 trabalhadores do CSFPCR, os quais foram selecionados de forma a construir um grupo heterogêneo, com trabalhadores de diversas categorias, utilizando como critérios de inclusão, primeiro, o fato de o particiapante estar exercendo suas funções há, no mínimo, seis meses no espaço de um CSF, segundo, o manifesto interesse em participar do projeto. Foi definido que, não havendo interesse de um trabalhador de uma determinada categoria, seria aberto espaço para a participação de outro, independente da categoria a que pertencesse. Ficou definido que, caso mais de um trabalhador por categoria manifestasse interesse em participar das oficinas, seria escolhido o que estivesse há mais tempo na ESF.

A formação do grupo ocorreu mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, que foi disponibilizado no início da primeira oficina. O Quadro 2 abaixo mostra a composição do grupo das oficinas educativas:

Quadro 2 – Composição do grupo das oficinas educativas. Fortaleza-CE, 2014.

Categoria profissional	**N° de trabalhadores que compareceram as oficinas de aprendizagem**
Segurança	01
Auxiliar de Serviços Gerais	01
Agente Administrativo	01
Atendente de Farmácia	01
Médico da ESF	01
Recepcionista	01
Técnica de Enfermagem	01
Mobilizador social	01
Agentes Comunitários de Saúde	04
Total de trabalhadores	**12**

Fonte: Elaboração da pesquisadora

4.3 PROCEDIMENTOS DA INTERVENÇÃO

4.3.1 A técnica de oficinas educativas

Para esse grupo de 12 trabalhadores foram realizadas as três oficinas educativas planejadas. A técnica de oficinas educativas foi escolhida por ser atualmente, de acordo com ARAÚJO et al (2013), amplamente utilizadas nas práticas educativas e por consistir em uma abordagem metodológica que aponta para uma aprendizagem

problematizadora e significativa. Ademais, segundo as autoras, essa técnica é centralizada no ser humano, por acreditar no seu potencial em provocar as próprias mudanças, utilizando o diálogo por meio de elementos simbólicos, mobilizando a capacidade criativa dos participantes, no sentido de resignificar conceitos e valores e de pensar estratégias de intervenção, além de contribuir para análise e contemplação de elementos subjetivos da experiência vivida.

Trata-se de uma técnica metodológica que permite a participação multiprofissional, a interdisciplinaridade e, por meio do diálogo, é capaz de contribuir para a produção de novos conhecimentos dentro dos serviços, e de fortalecer a prática da EPS.

As oficinas ocorreram no Salão Paroquial da Capela Santo Inácio de Loyola, nos dias 05,12 e 19 de fevereiro. Essas datas foram definidas após a liberação/aprovação do projeto de Intervenção pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, o que ocorreu dia 30 de janeiro de 2014. As oficinas tinham início às 14h00min e término às 18h00min, perfazendo 12 horas de formação. Contribuíram para o processo de aprendizagem dos participantes duas enfermeiras da própria unidade de saúde, a primeira a própria pesquisadora que atuou como facilitadora, e a outra uma colega de trabalho, a qual faz parte de uma das equipes de Saúde da Família, e atuou como cofacilitadora. As duas são Especialistas em Saúde da Família e desenvolvem suas atividades dentro dessa estratégia há 15 anos, tendo sido facilitadoras do Curso sobre Princípios Básicos de Saúde da Família para médicos e enfermeiros do PSF, pela Escola de Saúde Pública do Ceará em 2001 e 2002.

As Oficinas educativas obedeceram ao seguinte roteiro: a primeira oficina foi denominada “Conhecendo a ESF” e tratou do conceito de ESF seus princípios e diretrizes e procurou promover o aprimoramento e/ou aumento dos conhecimentos dos trabalhadores sobre a ESF. A segunda foi “Reconhecendo meu papel na ESF” e abordou as funções de cada trabalhador na ESF, buscando sensibilizar os trabalhadores do CSF sobre o processo de trabalho na ESF. A terceira denominada “Reconhecendo o valor do trabalho em equipe” diferenciou o “trabalho em grupo” do “trabalho em equipe” e procurou despertar nos trabalhadores do CSF a importância da integração entre todos os trabalhadores e a nescessidade do trabalho em equipe, para a melhoria da qualidade do serviço de saúde. O Quadro 3 abaixo apresenta um resumo dessas oficinas educativas.

Quadro 3 – Descrição da Temática e Objetivos das Oficinas Educativas. Fortaleza-CE, 2014.

Oficina	Data	Tema	Objetivos
1ª Oficina	05/02/2014	Conhecendo a Estratégia Saúde da Família	• Promover o aprimoraramento e/ou aumento dos conhecimentos dos trabalhadores sobre a ESF; • Discutir conceito, princípios e diretrizes da ESF a luz da PNAB.
2ª Oficina	12/02/2014	Reconhecendo meu papel na Estratégia Saúde da Família	• Sensibilizar os trabalhadores do CSF para o processo de trabalho na ESF; • Discutir o papel de cada trabalhador na ESF.
3ª Oficina	19/02/2014	Reconhecendo o valor do Trabalho em Equipe	• Diferenciar o "trabalho em grupo" do "trabalho em equipe"; • Despertar nos trabalhadores do CSF, a importância da integração entre todos os trabalhadores e a necessidade do trabalho em equipe, para a melhoria da qualidade do serviço de saúde.

Fonte: Elaboração da pesquisadora

A execução de cada oficina se deu em quatro momentos operacionais, a saber:

Primeiro momento*:* Introdução das atividades (apresentação das pessoas, levantamento de expectativas, apresentação da oficina, contrato de convivência);

Segundo momento*:* Desenvolvimento do tema (levantamento de conhecimento prévio sobre o tema com aplicação de pré-teste, vivência e problematização do tema, troca de experiências e informações);

Terceiro momento: Discussão sobre o tema (aprofundamento teórico);

Quarto momento: Encerramento da oficina (avaliação das atividades desenvolvidas no período e técnica de confraternização**).**

Os roteiros detalhados das oficinas educativas encontram-se nos Apêndices, sendo o Apêndice A o roteiro da primeira oficina, o Apêndice B o roteiro da segunda oficina e o Apêndice C o roteiro da terceira oficina.

4.3.2 Instrumentos /procedimentos utilizados para avaliação da Intervenção

A avaliação deu-se durante todo processo de trabalho, utilizaram-se os dois primeiros níveis do modelo Kirkpatrick de avaliação de treinamentos, em que no

primeiro nível se determina a reação dos participantes ao programa de treinamento, considerando que a reação dos treinandos pode levar ao sucesso ou ao fracasso do programa; e no **segundo nível**, procura-se mensurar o aprendizado do indivíduo, que, de acordo com Kirkpatrick, ocorre quando se pode notar uma alteração da forma de se perceber a realidade ou observa-se um aumento dos conhecimentos ou ainda quando ocorre melhoria das habilidades dos participantes (HONSBERGER E GEORGE, 2002).

Para o **primeiro nível** dessa avaliação foi usado um roteiro de observação (Apêndice D), em cada oficina educativa. Esse roteiro foi elaborado pela pesquisadora e manejado por uma das facilitadoras durante a ocorrência das oficinas.

No **segundo nível**, o conhecimento dos participantes foi avaliado antes e após a oficina educativa, por meio da aplicação de pré-teste e pós-teste (Apêndice E para a primeira oficina, F para a segunda e G para a terceira). Os testes continham cinco questões sobre o tema específico da oficina. Para cada questão respondida corretamente foram aferidos dois escores. Utilizou-se também, ainda para obtenção de dados para o segundo nível do modelo Kirkpatrick de avaliação de treinamentos, ao final de cada oficina, um instrumento de avaliação, baseado na escala de Likert (GIL, 1999) e elaborado pela pesquisadora (Apêndice H para primeira oficina, I para segunda oficina e J para a terceira oficina).

Os dados oriundos desses instrumentos se constituíram em material de análise e foram apresentados e discutidos neste relatório de Intervenção à luz do referencial teórico.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA INTERVENÇÃO

Por se tratar de uma intervenção, em que houve o envolvimento de seres humanos, e obedecendo aos preceitos éticos, este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará-UFC, tendo sido aprovado sob o parecer de número 518.177 no dia 30/01/2014. Todos os participantes foram informados da natureza do trabalho, dos objetivos da intervenção e somente participaram os que, além do interesse em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice K), autorizado junto ao Comitê de Ética e pesquisa, em acordo com a Resolução CNS Nº 466, de 12 de 2012.

4.5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção são apresentados os resultados da Intervenção realizada, a partir dos dados coletados. Para isso, utilizam-se gráficos, tabelas e o relato de fatos ocorridos, que foram observados, fotografados e registrados no Roteiro de Observação da Oficina (Apêndice D). Com esses resultados procura-se determinar a reação dos participantes quanto às oficinas (Primeiro nível de avaliação de treinamentos de Kirkpatrick).

Mostra-se inicialmente o perfil dos participantes, levando-se em consideração idade, sexo, tempo de serviço na ESF, categoria profissional, participação anterior em capacitações sobre a ESF e a visão sobre a importância de capacitações dentro dessa temática.

Em seguida, são apresentados e discutidos os dados referentes aos Instrumentos de Avaliação da Primeira oficina (Apêndice H), da segunda oficina (Apêndice I) e da terceira oficina (Apêndice J), baseados na escala de Likert.

Por fim, apresentam-se os gráficos comparativos relativos às notas obtidas por cada participante nos pré-testes e pós-testes. Através desses resultados avaliou-se a aquisição de conhecimentos dos participantes (segundo nível de avaliação de treinamentos de Kirkpatrick).

4.5.1 Apresentação de dados referentes aos Roteiros de Observação das Oficinas

No início da oficina educativa, pequena parte do grupo mostrou-se tímida e pouco participativa. Após formação dos dois grupos de discussão, uma das participantes procurou uma facilitadora e, demostrando preocupação, falou que não sabia nada sobre ESF e que não poderia contribuir para realização da atividade proposta. A facilitadora procurou tranquilizá-la dizendo que ela retornasse ao grupo e procurasse absorver o máximo de conhecimento que fosse possível. Posteriormente notou-se que essa participante começou a interagir com o grupo, procurando compreender a temática abordada. Ao final da oficina ela parecia bem tranquila e participativa e foi uma das apresentadoras da síntese das discussões. Observou-se também que ao final da terceira oficina todos faziam questão de contribuir com alguma fala, participando ativamente das atividades.

Os trabalhadores demonstravam grande interesse nas temáticas abordadas, procurando formular conceitos através da reflexão sobre a prática e discussão das questões no grupo, utilizando conhecimentos prévios. Foi notória, no início da primeira oficina, a maior participação dos trabalhadores que faziam parte das equipes de Saúde da Família, sabendo que esses já haviam participado de capacitações sobre essas temáticas, o fato não causou surpresa e mostrou-se como ponto positivo para realização das atividades, que ao final teve contribuição de todos. Foi interessante observar que, na ocasião da terceira oficina, quando se discutia as diferenças entre trabalho em grupo e trabalho em equipe, um dos participantes fazia o desenho de uma figura que mostrava claramente as diferenças entre trabalho em grupo e trabalho em equipe (essa figura, coincidentemente, se encontrava separada para ser utilizada pela facilitadora para mostrar as diferenças entre essas duas formas de se trabalhar). Esse episódio, na concepção da observadora, mostrou a utilização de conhecimentos prévios e a troca de conhecimento entre os trabalhadores.

Durante as dinâmicas de grupo, que eram bastante festejadas, todos trabalhadores participavam e ficavam atentos, e nos momentos de avaliarem essas dinâmicas, procuravam exaltar os colegas, demonstrando respeito pelas opiniões de cada um. Essas dinâmicas foram desenvolvidas em total harmonia entre os participantes.

Os trabalhadores demonstraram entendimento sobre a importância da prática da Educação Permanente em Saúde para a melhoria do serviço, quando um dos participantes disse considerar necessária a ocorrência de mais oficinas como essas que estavam acontecendo, para que eles pudessem desenvolver um trabalho melhor com os usuários. Outros participantes, na ocasião, endossaram com outras palavras o que ele disse.

Os trabalhadores demonstraram satisfação com a metodologia problematizadora e participativa das oficinas ao pronunciarem, principalmente durante os momentos de descontração e dos lanches, em que externavam sua impresões e sentimentos com falas do tipo:

> *Estou adorando esses encontros, quero vir a todos....* (P3)*;*
> *Estou aprendendo muito com os colegas, não achava que esse treinamento ia ser tão bom assim....* (P5);
> *Oba! Dinâmica....* (P6);
> *É muito legal aprender com a experiência dos outros, um sabe de uma coisa, o outro sabe de outra coisa e no final a gente consegue responder as questões....* (P2);

> *Está sendo muito legal, toda vida que tiver esse tipo de treinamento pode me chamar....* (P10) e
> *O treinamento foi muito proveitoso, aprendi muito e ainda me diverti com os colegas....* (P8).

Para confirmar a satisfação com a metodologia empregada, ao final da terceira oficina um dos participantes deixou escrito em seu instrumento de avaliação a seguinte observação:

> *Eu achei as oficinas muito proveitosas. As professoras conhecem bem dos assuntos e sabem como fazer os alunos aprenderem. Espero que essas oficinas aconteçam sempre . (P9).*

O primeiro nível de avaliação de treinamentos do modelo Kirkpatrick é o nível de **reação**, que visa à avaliação do próprio treinamento, pelos participantes e pode ser medido durante ou ao final da oficina. É o momento de se avaliar se os participantes gostaram da técnica utilizada e se eles acharam que valeu a pena participar (HONSBERGER E GEORGE, 2002). Nessa intervenção procurou-se, através da utilização de um Roteiro de observação das oficinas (Apêndice A), registrar as reações, sentimentos e opiniões dos participantes sobre as oficinas.

Os relatos apresentados acima mostraram que as oficinas educativas, utilizadas como técnica metodológica de aprendizagem, foram aceitas e bem avaliadas pelo grupo.

Por tratar-se de uma técnica metodológica de aprendizagem significativa que inclui a participação coletiva, o multiprofissionalismo e a interdisciplinaridade, essa técnica se encaixa perfeitamente na Educação Permanente em Saúde, que é o modelo proposto pelo MS, como Política de Educação em Saúde para os trabalhadores do SUS. Sobre a EPS, Silva et al (2011) diz que a EPS tem na sua essência o ‘ensinar e aprender’ dentro do espaço de trabalho, que se associa a uma aprendizagem que faz sentido e que proporciona empoderamento a todos os sujeitos envolvidos no processo.

Considerou-se que a EPS, através da utilização da técnica de Oficinas Educativas, constituiu-se em uma forma viável e empolgante de aquisição/aumento de conhecimentos sobre a ESF. Nos encontros houve momentos de visível integração entre os participantes das oficinas e ficou claro, também, que o trabalho em equipe deveria ser preferível ao trabalho em grupo.

Figura 1 – Registro Fotográfico da 1ª Oficina Educativa

Fonte: própria pesquisadora

Figura 2 – Registro Fotográfico da 2ª Oficina Educativa

Fonte: própria pesquisadora

Figura 3 – Registro Fotográfico da 3ª Oficina Educativa

Fonte: própria pesquisadora

4.5.2 Perfil dos Participantes das Oficinas Educativas

Os dados de caracterização dos participantes foram dispostos no quadro abaixo e foram coletados nos Instrumentos de Avaliação das Oficinas (apêndices B, C e D).

Quadro 4 – Caracterização dos participantes do grupo quanto à idade, sexo, nível de escolaridade, tempo de trabalho na ESF, participação anterior em capacitação sobre ESF e visão sobre a importância de capacitações sobre a ESF. Fortaleza-CE, 2014

Nº	Idade	Sexo	Nível de Escolaridade	Categoria Profissional	Tempo na ESF (meses)	Participação anterior em capacitação sobre ESF	Visão sobre a importância de capacitações sobre ESF
1	36	F	EMC	ACS	43 meses	NÂO	IMPORTANTE
2	40	F	EMC	ACS	48 meses	SIM	IMPORTANTE
3	33	M	EMC	ACS	48 meses	SIM	IMPORTANTE
4	34	M	EMC	ACS	60 meses	SIM	IMPORTANTE
5	51	F	EMC	AG. ADMIN.	72 meses	NÂO	IMPORTANTE
6	50	F	EFC	AUX. FARMÀCIA	43 meses	NÂO	IMPORTANTE
7	27	F	EMC	VIGILANTE	7 meses	NÂO	IMPORTANTE
8	28	F	EMC	RECEPCIONISTA	60 meses	NÂO	IMPORTANTE
9	50	M	ESC	MÉDICO	240 meses	SIM	IMPORTANTE
10	55	F	EFI	SERVIÇOS GERAIS	72 meses	NÂO	IMPORTANTE
11	29	F	EMC	TÉC. ENFERMAGEM	43 meses	NÂO	IMPORTANTE
12	30	F	EMC	MOBILIZ. SOCIAL	24 meses	NÂO	IMPORTANTE

Fonte: Dados da pesquisa

As oficinas educativas foram compostas por um grupo de 12 participantes, distribuídos em nove categorias de trabalhadores distintas. Embora não tenha sido viável representar todas as categorias de trabalhadores do CSFPCR, observou-se uma diversificação desses atores, pois se contou com categorias de trabalhadores desde o nível elementar até o nível superior completo. Para melhor compreensão e análise, os dados contidos no quadro acima foram segregados e detalhados a seguir:

4.5.2.1 Faixa Etária

Os 12 participantes das oficinas educativas, se encontram na faixa etária que vai de 25 até 55 anos, com predominância na faixa etária entre 25 a 30 anos (33,33%). Cada uma das demais faixas etárias apresentaram dois participantes (16,66%). Essa predominância na faixa etária jovem permitiu a introdução de atividades mais dinâmicas nas oficinas educativas.

4.5.2.2 Sexo

Na distribuição por sexo, a maioria dos participantes era do sexo feminino, dos 12 integrantes do grupo, nove (75%) eram mulheres.

Esses dados confirmam o que diz PROBIST (2013), em seu artigo *"A Evolução da Mulher no Mercado de trabalho"*, sobre a presença cada vez maior da mulher no mercado de trabalho, nos últimos anos. Destaca também a existencia de uma aposta mundial em valores femininos como capacidade de trabalho em equipe, persuasão e competição em substituição a antigos valores como individualismo, autoritarismo e competição.

4.5.2.3 Tempo de serviço na ESF.

Quanto ao tempo de serviço na ESF, observou-se uma variação de sete meses até 20 anos de serviço dentro da ESF. Nove desses trabalhadores (75%) estão nessa estratégia entre três e sete anos. Um trabalhador (16,66%) está na estratégia há sete meses, e outro há 20 anos. Destaca-se que a maior parte dos trabalhadores (75%) está na ESF entre três e sete anos e, portanto, deveriam ser conhecedores da temática ESF.

4.5.2.4 Categoria profissional dos participantes.

O grupo das oficinas educativas foi composto por 12 participantes, de nove categorias de trabalhadores distintas. Não obstante à inviabilidade de representar todas as categorias de trabalhadores do CSFPCR, buscou-se uma diversificação desses atores, pois participaram trabalhadores com escolaridades desde o nível elementar até o nível superior completo.

Essa heterogeneidade foi construída no momento da formação do grupo e mostrou-se muito positiva, primeiro em vista da troca de saberes vivenciada no grupo durante as oficinas educativas e depois devido à oportunidade desses trabalhadores serem preparados dentro de uma lógica interpessoal, multiprofissional e intersetorial, como preconiza a PNEP. BATISTA E GONÇALVES (2011) corroboram essa ideia, quando dizem que a capacitação dos trabalhadores do SUS deve acontecer em todos os locais, mediante cada realidade/necessidade local, envolvendo vários saberes e articulando a gestão e o cuidado.

4.5.2.5 Participação em outra capacitação sobre a ESF.

Dos 12 participantes, oito (67%) nunca haviam participado de capacitações que abordassem a ESF como temática de estudo e quatro (33%) já tinham participado. Todos os que já haviam participado fazem parte da eSF, dos quais um deles médico e os outros três ACS. Um dos ACS afirmou nunca ter participado de capacitações sobre ESF.

As capacitações sobre ESF são pouco inseridas nas realidades dos serviços e geralmente ocorrem através do "Treinamento Introdutório ao PSF" e geralmente são voltados unicamente às eSF. Concordando com o exposto, ASSIS et al (2010) afirmam, em seu estudo sobre Perfil Socioprofissional dos Gestores e das Equipes de Saúde da Família versus Princípios de Educação Permanente em Saúde**,** que

> Poucos profissionais de nível superior têm formação específica para atuação no PSF, no que poderá ter influência o baixo número desses profissionais que participaram do Treinamento Introdutório ou de atualização/aperfeiçoamento. É significativa a participação dos trabalhadores de saúde de nível médio no Treinamento Introdutório, não obstante estar ainda abaixo do preconizado pela *Política Nacional de Atenção Básica* (ASSIS *et al*, 2010, p.96).

*4.5.2.6 Visão sobre a importância da participação em capacitações sobre a ESF***.**

Todos os participantes consideraram importante a realização de capacitações sobre a ESF nos CSF. O pouco conhecimento sobre a ESF mostrou-se um fator gerador de desconforto para a maioria dos trabalhadores que estavam nas oficinas educativas, e estes, de forma unânime, mostraram o quão consideram importante a realização de capacitações sobre ESF dentro dos centros de saúde.

Sobre isso Camelo e Angerami (2008, p.50) dizem que

> [...] a falta de preparo e/ou capacitação é considerada pelos trabalhadores como uma situação angustiante, que dificulta a realização das atividades necessárias à saúde da população, bem como a resolução de problemas diagnosticados na comunidade, gerando insatisfação no trabalho. [...]Para uma melhor qualidade na assistência [...] é necessário que as instituições se preocupem com a capacitação de seus profissionais.

4.5.3 Apresentação e discussão dos dados referentes aos instrumentos de avaliação das oficinas

Para essa coleta de dados utilizaram-se três instrumentos baseados na escala de Likert, um para cada oficina realizada. Utilizou-se uma escala contendo cinco pontos variando numericamente de um a cinco. Esses valores numéricos indicam o nível de concordância ou discordância com a afirmativa de cada item, sendo: 5(cinco)- Concordo

plenamente, 4(quatro)- Concordo, 3(três)- Indiferente, 2(dois)- Discordo, 1(um)- Discordo plenamente. Para cada escala foram criadas três afirmativas referentes ao tema da respectiva oficina.

Tabela 1 - Apresentação dos dados referentes à Escala de Likert da 1ª oficina: "Conhecendo a Estratégia Saúde da Família"

Item Avaliado	Concordo plenamente 5(cinco)	Concordo 4(quatro)	Indiferente 3(três)	Discordo 2(dois)	Discordo Plenamente 1(um)
A realização dessa oficina permitiu que eu adquirisse novos conhecimentos sobre a ESF.	**08**	**04**			
Agora reconheço que a ESF tem princípios e diretrizes que deverão nortear minhas ações dentro do serviço.	**09**	**03**			
Minha participação nessa oficina, certamente, será de grande importância para o desenvolvimento do meu trabalho dentro da ESF.	**08**	**04**			

Fonte: Dados da pesquisa

Os doze participantes demonstraram concordância com os itens avaliados, sendo importante ressaltar que para o primeiro e terceiro itens, oito deles (66,66%) disseram concordar plenamente com as afirmativas; já para o segundo item nove participantes (75%) também concordaram plenamente com a afirmativa.

Tabela 2 - Apresentação dos dados referentes à Escala de Likert da 2ª oficina: "Reconhecendo meu papel na ESF"

Item Avaliado	Concordo plenamente 5(cinco)	Concordo 4(quatro)	Indiferente 3(três)	Discordo 2(dois)	Discordo Plenamente 1(um)
Entendi que todos os trabalhadores têm um papel específico no CSF.	09	03			
Agora já sei qual o meu papel, enquanto trabalhador do CSF.	09	03			
Compreendi que, mesmo cada trabalhador tendo um papel específico, a qualidade do serviço depende da integração entre todos os trabalhadores do CSF.	10	02			

Fonte: dados da pesquisa

Os doze participantes concordaram com os itens avaliados, destacando-se que para o primeiro e segundo itens, nove deles (75%) disseram concordar plenamente com as afirmativas, já para o terceiro item dez participantes (83,33%) também concordaram plenamente com a afirmativa.

Tabela 3 - Apresentação dos dados referentes à Escala de Likert da 3ª oficina: "Reconhecendo o valor do trabalho em equipe"

Item Avaliado	Concordo plenamente 5(cinco)	Concordo 4(quatro)	Indiferente 3(três)	Discordo 2(dois)	Discordo Plenamente 1(um)
Entendi por que toda equipe é um grupo, mas nem todo grupo é uma equipe.	10	02			
Agora já sei como o trabalho em equipe é importante para melhorar a atenção prestada aos nossos usuários.	10	02			
Minha participação nessa oficina contribuiu para uma maior integração com os colegas de trabalho.	10	02			

Os doze participantes concordaram com os itens avaliados, destacando-se que para todos os itens, dez trabalhadores (83,33%) disseram concordar plenamente com as afirmativas.

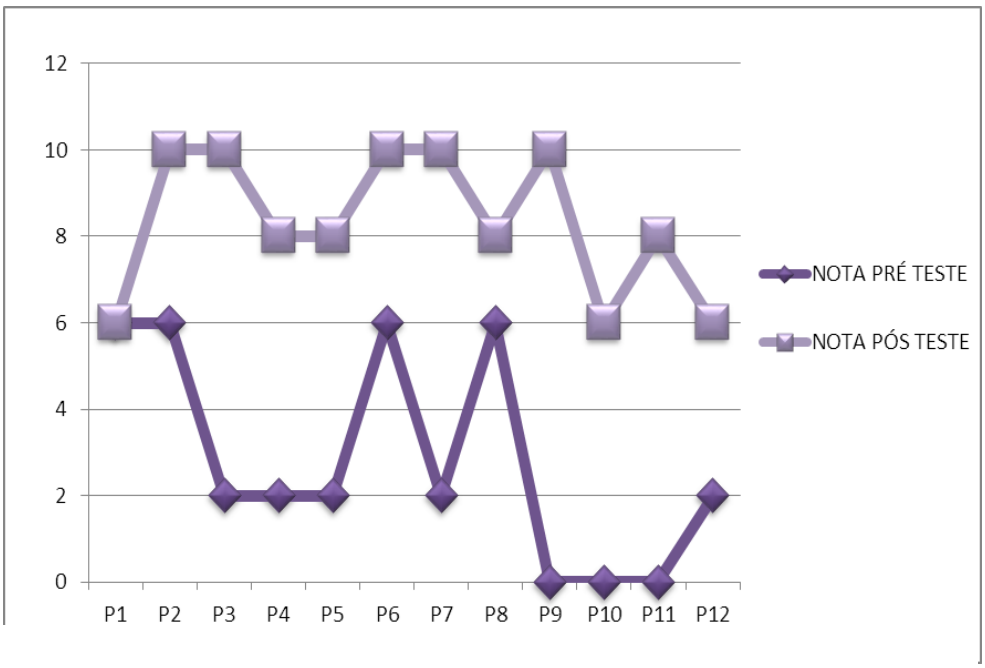
Os resultados apresentados nas tabelas acima, referentes à Escala de Likert das três oficinas educativas, mostraram que

- ✓ Os trabalhadores reconheceram que houve aquisição de conhecimentos sobre ESF, considerando a existência de princípios e diretrizes norteadores das ações nos serviços. Consideraram que cada trabalhador tinha um papel específico no CSF e procuraram reconhecer qual o papel de cada um deles. Mostraram compreensão de que, mesmo cada um deles tendo um papel específico, a qualidade do serviço dependia da integração entre eles.
- ✓ Entenderam por que toda equipe é um grupo, mas nem todo grupo é uma equipe e a importância do trabalho em equipe para a melhoria da assistência prestada aos usuários.

Essa aquisição de conhecimentos, reconhecida pelos trabalhadores e destacadas nos itens acima, confirmou-se através da avaliação dos pré-testes e pós-testes no momento em que houve maior nível de acerto nas respostas dos pós-testes (Gráficos 1,2 e 3).

Sobre a metodologia utilizada os trabalhadores concordaram com a afirmativa de que sua participação na primeira oficina, certamente, seria de grande importância para o desenvolvimento de seu trabalho dentro da ESF. Na terceira oficina os trabalhadores admitiram que sua participação na mesma concorreu para maior integração com os colegas de trabalho. GUIMARÃES et al (2010) referem ser de conhecimento amplo que a EP é de grande valor, pois proporciona conhecimento, crescimento, atualização e aperfeiçoamento do profissional. ASSIS et al (2010) afirmam ser inegável a contribuição da EP para a saúde. E dizem que para os trabalhadores essas capacitações são objetos de mudanças na atuação profissional e geradoras de maior interação entre os trabalhadores e usuários. O trabalho desenvolvido mostrou-se em acordo com as autoras e acrescentou ainda uma maior interação entre os trabalhadores, em decorrência da realização das oficinas educativas.

Gráfico 1 – Aquisição do Conhecimento dos Participantes relativo à Primeira Oficina Educativa: “Conhecendo a Estratégia de Saúde da Família”. Fortaleza-CE, 2014

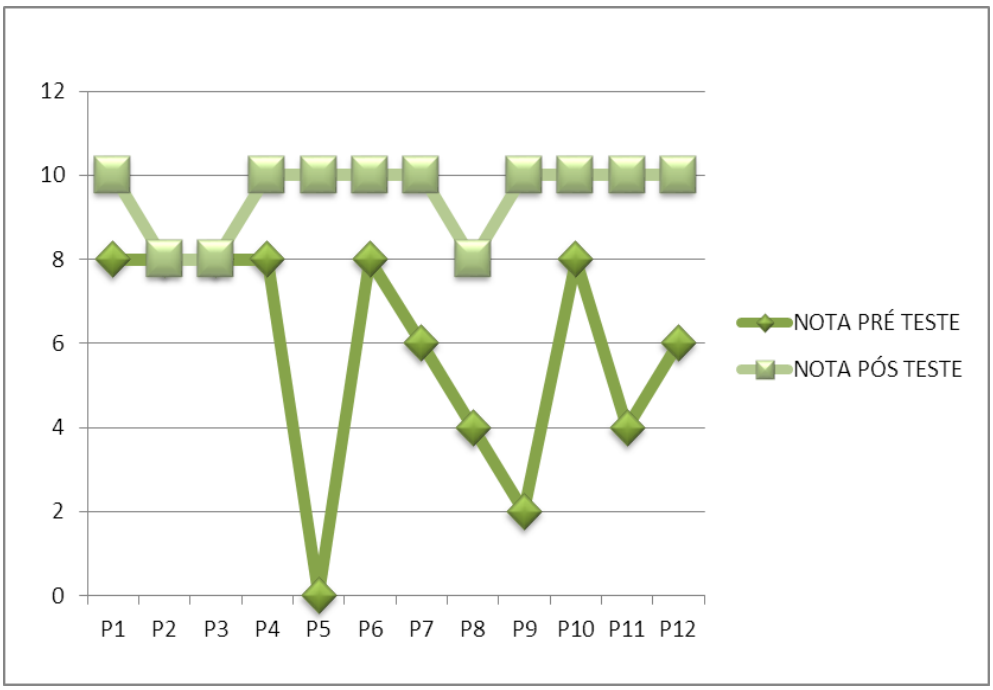


FONTE: Dados da pesquisa

Observaram-se nos pré-testes cinco notas dois (33,33%) e três notas zero (25%), totalizando oito notas muito baixas (58,33%). Considerando que a maior parte dos trabalhadores (75%) está na ESF entre três e sete anos e que estes já deveriam conhecer a temática ESF, o resultado mostra o pouco conhecimento desses trabalhadores sobre ESF. Este resultado condiz com a realidade observada pela pesquisadora e está em acordo com Batista e Gonçalves (2011), que em seu estudo *Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado*, afirma que a formação dos profissionais de saúde encontra-se muito distante do cuidado integral necessário para a assistência na atenção básica e que o perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Essas autoras colocam ainda a existência de uma necessidade crescente de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS.

Onze participantes (91,66%) apresentaram no pós-teste notas superiores às obtidas no pré-teste. Um participante (8,33%) manteve a mesma nota (P1). De acordo com o segundo nível do modelo Kirkipatrik de avaliação de treinamentos, esses resultados mostram que houve aquisição e/ou aumento de conhecimento sobre a ESF.

Gráfico 2 – Aquisição do Conhecimento dos Participantes relativo à Segunda Oficina Educativa: “Reconhecendo meu papel na ESF”. Fortaleza-CE, 2014



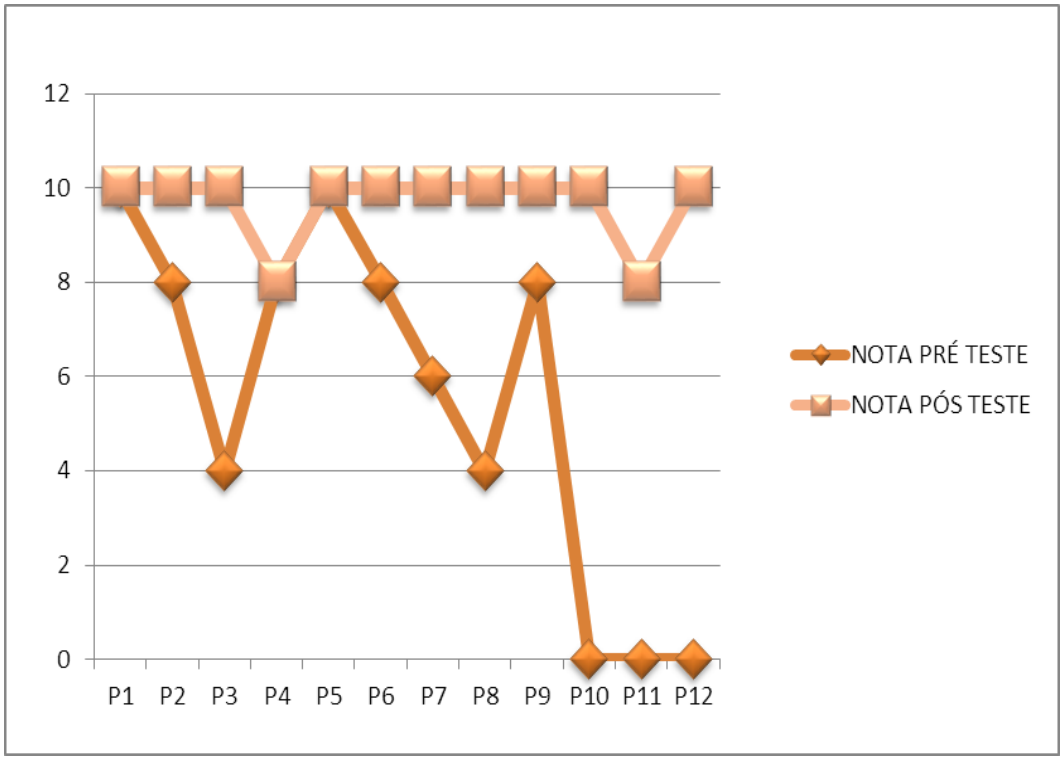
FONTE: Dados da pesquisa

Dez participantes (83,33%) apresentaram no pós-teste notas superiores às obtidas no pré-teste. Dois participantes (16,66%) mantiveram a mesma nota no pós-teste, no entanto, a nota do pré-teste já tinha sido uma nota alta. É interessante observar que dois participantes saíram de uma nota zero para uma nota dez, o que pode ter sido fruto de seu interesse em aprender.

Esses resultados evidenciam que houve aquisição e/ou aumento de conhecimento sobre qual o papel de cada trabalhador na ESF (de acordo com o segundo nível do modelo Kirkipatrik de avaliação de treinamentos).

Em estudo realizado por Camelo e Angerami (2008), observou-se que, para a maioria dos trabalhadores participantes desse estudo, a Saúde da Família era uma grande incógnita, e não estavam claras as atividades a serem desenvolvidas por cada trabalhador e que esse desconhecimento foram geradores de insegurança para alguns trabalhadores. Portanto demonstra-se a necessidade de capacitações sobre o papel dos trabalhadores na ESF.

Gráfico 3 – Aquisição do Conhecimento dos Participantes relativo à Terceira Oficina Educativa: "Reconhecendo o Valor do Trabalho em Equipe". Fortaleza – CE, 2014.



FONTE: Dados da pesquisa.

Verifiou-se, através deste gráfico, que três participantes (25%) apresentaram nota zero e dois (16,66%) nota dez nos pré-testes. Essa variação das notas demonstra a heterogenicidade do grupo também em nível de conhecimento.

Nove participantes (75%) apresentaram no pós-teste notas maiores que as obtidas no pré-teste. Três participantes (25%) mantiveram a mesma nota, no entanto, dois deles já se encontravam com a nota máxima. Dos nove participantes que tiraram notas melhores no pós-teste, dois saíram de uma nota zero para uma nota dez. Esses resultados evidenciam que, também nesta oficina, houve aquisição e/ou aumento de conhecimento sobre a temática abordada, que, nessa oficina foi o valor do trabalho em equipe.

Essa temática foi inserida em decorrência de sua importância para o trabalho dentro da ESF, que tem como uma de suas principais diretrizes o desenvolvimento do trabalho em equipe e a interdisciplinaridade e ainda, pelo trabalho em equipe ser gerador de satisfação para os trabalhadores, melhorando a assistência e a satisfação da clientela assistida pelo serviço de saúde. Sobre isso Lima *et al* (2014), em sua pesquisa intitulada *Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde na atenção*

*básica***,** colocam o trabalho em equipe como segundo fator de satisfação na ESF. Ressaltando que quando o trabalho é realizado em equipe aumenta a eficácia do atendimento e contribui para maior satisfação no ambiente em que ele é realizado.

5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trajeto percorrido neste estudo mostra que a EPS é uma ferramenta importante para a aquisição/atualização de conhecimentos. Sua forma dinâmica e problematizadora proporcionou uma reflexão sobre a realidade vivida, permitindo a identificação de problemas e soluções buscadas no conhecimento prévio de cada um e no compartilhamento de saberes entre os membros do grupo.

Contatou-se que os participantes das oficinas educativas reconheceram essa metodologia de ensino/aprendizagem como importante para o desenvolvimento de seu trabalho na ESF, e consideraram que elas contribuíram para maior integração entre os colegas de trabalho.

Como forma de melhorar a qualidade na assistência aos usuários desses serviços, sustenta-se, pois, a necessidade de se oportunizar um processo de EPS para todos os trabalhadores dos CSF sobre a ESF.

Dessa forma a proposta de trabalhar um processo de EP sobre a ESF poderá prosseguir e através das oficinas educativas deverá ser levada a outros grupos de trabalhadores do Centro de Saúde da Família Pedro Celestino Romero, até que todos os trabalhadores conheçam e/ou aprimorem seus conhecimentos sobre ESF e possam ser disseminadores desse conhecimento para a população assistida, melhorando as relações entre os colegas e os usuários do CSF, bem como a atenção à saúde dispensada.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. F. M.; ALMEIDA, M. I. D.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. Educação em Saúde: reflexões para promoção da vigilância à saúde. In: ROQUAYROL, M.Z; SILVA, M. G.C da. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 601-651.

ASSIS, M. M. A *et al*. **Perfil socioprofissional dos gestores e das equipes de saúde da família versus princípios de educação permanente em saúde**. In: ASSIS, M. M. A. et al (org.). Produção do cuidado no Programa Saúde: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 83-100. Disponível em: < http://books.scielo.org/id/xjcw9/pdf/assis-9788523208776-05.pdf> Acesso em: 12 ago. 2014.

BALBINO, A. C. *et al*. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Trab. Educ. Saúde**, v. 8, n. 2, p. 249-266, 2010.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

BESEN, C. B. *et al*. A estratégia de saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde Soc.**, v. 16, n. 1, p. 57-68, jan./abr. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3) Brasília, CONASS, 2011.

_____. Ministério da Saúde**. Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: Caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9).

_____. 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**, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 340**, de 04 de março de 2013. Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Atenção Básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 2, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF,Seção 1, n. 251, 31 dez. 2012, p. 223.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 12 ago. 2014.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Formação de Recursos Humanos para a Estratégia de Saúde da Família. **Ciências Cuidado e Saúde**, v.7, n 1, p.45-52, jan/mar 2008.

CAMPOS, G.W. S. *et al*.**Tratado de Saúde Coletiva**, São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CEDEC/CONSÓRCIO MEDICINA USP. **Recursos humanos na atenção básica, estratégias de qualificação e pólos de educação permanente no Estado de São Paulo**. São Paulo, 2008, 208p. (Cadernos de Atenção Básica – Estudos Avaliativos, 4)

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, A. N. Formação profissional no SUS: oportunidade de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde,** v.6, n 3, p. 503-517, nov.2008/fev.2009.

COTRIM-GUIMARÃES, I. M. A. **Programa de educação permanente e continuada da equipe de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário Clemente de Faria:** análise e proposições**.** 132f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

DAVINI, N. C. **Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série pacto pela saúde, v. 9).

FIÚZA, T. M. *et al.* Necessidades educacionais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família(ESF): possibilidades de Educação em Saúde no município de Fortaleza(CE). **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 7, n. 24, 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, L. *et al*. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GUIMARÃES, E. M. P *et al*. Educação Permanente em Saúde: Reflexões e desafios. **Ciências e Enfermagem,** a. 16, v. 2, p. 25-33, 2010.

HONSBERGER, J; GEORGE, L. **Facilitando oficinas**: Da teoria à prática. Disponível em: <http://www.iteco.be/sites/ www.iteco.be /IMG/pdf/Facilitando_oficinas.pdf>. Acesso em :09 dez. 13

LIMA, L. *et al*. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.18, n. 1, jan./mar., 2014.

LUZ, F. M. da. **Educação Permanente em Saúde (ESP):** Uma estratégia que possibilita transformações no processo de trabalho. 24 f. Monografia (Especialização em Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Varginha-MG, 2010.

MACHADO, M. F. A. S. **Compreensão das mudanças comportamentais do usuário do psf por meio da participação habilitadora.** 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

MELO, L. A Saúde da Família completa 20 anos e os parabéns são para você, trabalhador da saúde. **Rev. Bras. Saúde da Família**, ano 14, n 35-36, p. 40-50, maio/dez. 2013.

PAULINO, V. C. P. *et al*. Ações de Educação Permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Enfermagem UERJ.,** Rio de Janeiro v. 20, n. 3, p. 368-373, jul./set. 2012.

PEDUZZI, M. *et al*. 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 em São Paulo**. Interface Comun. Saúde Educ**., Botucatu, v.13, n. 30, p. 121-134, jul./set. 2009.

PINTO, V. P. T. *et al*. Analise do Processo de Educação Permanente para profissionais do SUS: A experiência de Sobral - CE. **Sanare,** Sobral, v. 7, n. 2, p. 62-70, 2008.

PROBST, E. R.. **A evolução da mulher no mercado de trabalho**. RH portal-tendências. Link: http://www.rhportal.com.br/artigos/rh.phd_cad=xg7w7vuh9. Acesso em: 06 mar. 2014.

SANCHES, E. N. *et al.* Avaliação de um curso de Educação Permanente para os profissionais da Saúde da Família: A visão do egresso. **Arquivos Catarinenses de Medicina,** v. 38, n 4, p. 32-41, 2009.

SARDINHA PEIXOTO, L. *et al*. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Rev. Enfermeria Global**, n 29, p. 324-340, jan. 2013.

SILVA, L. A. A. *et al.* Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm**, abr-jun 2011, 20(2). Link: http://www.index-f.com/textocontexto/2011/20-340.php. Acesso 24/02/2014.

SILVEIRA, M. F. A. *et al.* Formação de profissionais: um desafio contemporâneo para o PSF. **Rev. Nursing**, v. 73, n. 7, p. 42-46, jun. 2004.

SOUZA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 53, n. esp., p. 25-30, jun. 2000.

TESSER, C. D. *et al.* Estratégia Saúde Família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 16. n 11, nov. 2011.

APÊNDICE A – ROTEIRO PRIMEIRA OFICINA EDUCATIVA

"CONHECENDO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA".

1º Momento: Introdução das Atividades

- **Apresentação dos Facilitadores e participantes e levantamento das expectativas dos membros do grupo**
  -Nesse momento será realizada a dinâmica dos Problemas e Soluções.

- **Apresentação do projeto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**
  -Utilizar o Banner para apresentação do projeto e logo em seguida solicitar assinatura dos participantes no TCLE.

- **Apresentação da Oficina e Contrato de convivência**
  -Utilizar o cronograma da oficina e conversar com grupo sobre uso de celulares, saídas da sala, horário de intervalo, etc. Estabelecer um contrato de convivência, escrito em papel madeira, que ficará exposto durante a oficina.

2º Momento: Desenvolvimento do tema;

- **Levantamento de conhecimento prévio sobre a ESF com realização de pré-teste (Apêndice E)**
  -Orientar o pré-teste de acordo com cabeçalho do mesmo e entregar um número para que cada participante identifique seu teste.

- **Vivência e Problematização do tema**
  -Essa atividade será realizada a partir da troca de experiências entre os participantes, através de trabalho grupal, terá como questões norteadoras as perguntas: O que é Estratégia Saúde da Família? Quais seus princípios e diretrizes? As respostas serão apresentadas pelos dois grupos, sendo oportunizada discussão das respostas nesse grupo maior.

3º Momento: Aprofundamento teórico do tema

- **Considerações sobre o tema**

  -Nesse momento uma das facilitadoras apresentará o conceito de ESF , seus princípios e diretrizes, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2011)

4º Momento: Encerramento da oficina com avaliação das atividades desenvolvidas no período e técnica de confraternização

- **Aplicação do pós-teste (Apêndice E)**

  -Orientar o pós-teste de acordo com cabeçalho do mesmo e solicitar que os participantes identifiquem o mesmo com número igual ao que utilizaram para identificar o pré-teste no início da oficina. Deixar claro que essa identificação é necessária para avaliação do projeto.

- **Aplicação de instrumento de avaliação da técnica utilizada**
  -Utilizar instrumento de avaliação (Apêndice B)

- **Técnica de confraternização**
  - Organizar um círculo em que todos os participantes fiquem de mãos dadas e pedir que cada um deixe, em uma palavra, sua impressão do encontro, promover ao final um abraço coletivo.
  -Lembrar a data da próxima oficina e ressaltar a importância do comparecimento de todos.

OBRIGADA!

APÊNDICE B – ROTEIRO SEGUNDA OFICINA EDUCATIVA

"RECONHECENDO MEU PAPEL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA"

1º Momento: Introdução das Atividades

- **Realização de dinâmica de boas vindas**
  - Essa atividade será realizada através da "DINÂMICA DA ORDEM", seguir passo a passo de realização da dinâmica.

- **Apresentação da Oficina e Contrato de convivência**
  -Utilizar o cronograma da oficina e conversar com grupo sobre uso de celulares, saídas da sala, horário de intervalo, etc. Estabelecer um contrato de convivência, escrito em papel madeira, que ficará exposto durante a oficina.

2º Momento: Desenvolvimento do tema

- **Levantamento de conhecimento prévio sobre o papel de cada um na ESF através de aplicação de pré-teste (Apêndice F)**
  -Orientar o pré-teste de acordo com cabeçalho do mesmo e entregar um número para que cada participante identifique seu teste.

- **Vivência e problematização do tema**
  -Nessa atividade o grupo será dividido em dois grupos menores, onde será feita discussão do tema, a partir da troca de experiências entre os participantes.
  - Cada grupo deverá fazer levantamento de, no mínimo, quatro atribuições gerais aos trabalhadores e, no mínimo, duas atribuições específicas de cada trabalhador, dentro da ESF. O conteúdo deverá ser apresentado para todo grupo.

3º Momento: Aprofundamento teórico do tema

- **Considerações sobre o tema**
  - Nesse momento uma das facilitadoras apresentará conteúdo referente ao papel de cada trabalhador na Estratégia Saúde da Família em acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2012);

  - Serão disponibilizados textos sobre a temática para que os participantes possam fazer uma leitura mais profunda do tema em casa;

- O conteúdo será apresentado em Flip Charts e será disponibilizado tempo para tira dúvidas.

- **4º Momento: Encerramento da oficina com avaliação das atividades desenvolvidas no período e técnica de confraternização**

- **Aplicação do pós-teste (Apêndice F)**
  -Orientar o pós-teste de acordo com cabeçalho do mesmo e solicitar que os participantes identifiquem o mesmo com número igual ao que utilizaram para identificar o pré-teste, deixar claro que essa identificação é necessária apenas para avaliação do projeto.

- **Aplicação de instrumento de avaliação da técnica utilizada**
  -Utilizar instrumento de avaliação (Apêndice C)

- **Técnica de confraternização**
  - Finalizar com a dinâmica: "DE QUEM É?"
  -Lembrar a data da próxima oficina e ressaltar a importância do comparecimento de todos.

OBRIGADA!

APÊNDICE C – ROTEIRO TERCEIRA OFICINA EDUCATIVA

"RECONHECENDO O VALOR DO TRABALHO EM EQUIPE"

1º Momento: Introdução das Atividades

- **Realização de dinâmica de boas vindas**.
  -Essa atividade será realizada através da "BRINCADEIRA DO PIRULITO"

- **Apresentação da Oficina e Contrato de convivência**
  -Utilizar o cronograma da oficina e conversar com grupo sobre uso de celulares, saídas da sala, horário de intervalo, etc. Estabelecer um contrato de convivência, escrito em papel madeira, que ficará exposto durante a oficina.

2º Momento: Desenvolvimento do tema

- **Levantamento de conhecimento prévio sobre trabalhos em grupos e trabalho em equipe, com aplicação de pré-teste (Apêndice G).**
  -Orientar o pré-teste de acordo com cabeçalho do mesmo e entregar um número para que cada participante identifique seu teste.

- **Vivência e problematização do tema: trabalho em grupo e trabalho em equipe.**

  -Nessa atividade o grupo será dividido em dois grupos menores, onde cada um deverá, através do conhecimento prévio de seus componentes, resolver o problema: "DOS MALES O PIOR".
  -Durante a atividade deverá ser observado se o trabalho está sendo feito em grupo ou em equipe ao final da atividade promover uma discussão sobre isso.

3º Momento: Aprofundamento teórico do tema

- **Considerações sobre o tema,**
  -Nesse momento uma das facilitadoras apresentará conteúdo relativos as diferenças entre se trabalhar em grupo e em equipe e a importância do trabalho em equipe para a melhoria da qualidade do serviço de saúde. Aplicará a dinâmica das "VARINHAS QUE NÃO QUEBRAM".
  -Serão disponibilizados textos sobre a temática para que os participantes possam fazer uma leitura do tema em casa.

4º Momento: Encerramento da oficina com avaliação das atividades desenvolvidas no período e técnica de confraternização

- **Aplicação do pós-teste (Apêndice G)**

-Orientar o pós-teste de acordo com cabeçalho do mesmo e solicitar que os participantes identifiquem o mesmo com número igual ao que utilizaram para identificar o pré-teste no início da oficina. Deixar claro que essa identificação é necessária apenas para avaliação do projeto

- **Aplicação de instrumento de avaliação da técnica utilizada**
  -Utilizar instrumento de avaliação (Apêndice D)

- **Técnica de confraternização**
  -Utilizar dinâmica: "Dominó Humano"

OBRIGADA!

APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA OFICINA

PRIMEIRA PARTE

Tema da Oficina:_____

Público Alvo:_____

Objetivo da Oficina:_____

Tempo de Duração:_____

N° de Participantes:_____

Recursos materiais necessários:_____

_____

_____

Acrescentar no quadro abaixo observações que considere importantes, inclusive discursos de trabalhadores.

SEGUNDA PARTE

Um dos facilitadores deverá observar a prática educativa, durante o período de sua execução, e marcar um "X" no espaço correspondente a SIM ou Não para as questões correspondentes de acordo com sua percepção.

Nº	QUESTÕES	SIM	NÃO
01	Durante a prática observa-se a participação ativa dos trabalhadores nas discussões do tema abordado?		
02	A temática abordada na oficina consegue despertar o interesse da maioria dos trabalhadores?		
03	As atividades desenvolvidas são capazes de instigar a reflexão dos trabalhadores?		
04	Os trabalhadores interagem de forma harmoniosa durante as dinâmicas de grupo?		
05	A maior parte dos trabalhadores consegue elaborar conceitos e conhecimentos a partir da aprendizagem problematizadora e significativa?		
06	Os trabalhadores demonstram entendimento sobre a importância da prática da Educação Permanente para a melhoria do serviço?		
07	Os trabalhadores demonstram satisfação com a metodologia de ensino/aprendizagem utilizada?		

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO PRÉ-TESTE E PÓS-TESTE 1ª OFICINA

Questionário Pré-Teste e Pós- Teste
Primeira oficina: "***Conhecendo a Estratégia Saúde da Família"***
Número:_____.

As questões apresentadas a seguir têm como principais objetivos fazer você pensar sobre elas, para que tenha uma noção sobre o conteúdo dessa oficina de estudo, e ao respondê-las permitirá que sejam registrados os conhecimentos que possui, no momento atual, sobre o tema em estudo. Após a realização da oficina, novamente você poderá responder a esse teste e será possível, assim, avaliar o avanço que você pôde alcançar na compreensão do tema. Você utilizará o número que lhe foi sorteado para identificar seus testes e garantiremos assim o anonimato de suas respostas. É importante que responda os testes individualmente e de acordo com o que realmente sabe sobre os temas.

1) A Estratégia Saúde da família segue fundamentos , diretrizes e princípios da Atenção Básica, que por sua vez:

a.( ) Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

b.( ) Orienta-se pelos princípios da centralização, da acessibilidade, sem vínculo da clientela, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da participação social;

c.( ) Orienta-se pela Integralidade e Hierarquização, Territorialização sem Adscrição da Clientela, Equipe Multiprofissional, da participação social;

d.( ).Não sei responder.

2) A equipe de Saúde da Família deve ser composta, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

a.( ) Médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde;

b.( ) Médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal;

c.( ) Médico especialista em Saúde da Família, Enfermeiro generalista, auxiliar ou técnico de enfermagem, Cirurgião dentista e técnico em saúde bucal;

d.( ) Não sei responder.

3) Sobre o número de Agentes Comunitários de Saúde(ACS) por equipe de Saúde da Família e o número de pessoas que cada ACS deve acompanhar podemos afirmar que:

a.( ) O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e cada equipe deve ter no máximo 10 ACSs.

b.( ) Cada equipa de Saúde da Família deve ter ,no máximo, 12 ACSs ficando cada ACS responsável por , no máximo, 650 pessoas ;

c.( ) O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

d.( ) Não sei responder.

4) Sobre o número de pessoas que cada equipe de Saúde da Família deve se responsabilizar é correto afirmar que:

a.( ) Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.500 pessoas, sendo a média recomendada de 3.500, respeitando critérios de equidade para essa definição;

b.( ) Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 3.500 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição;

c.( ) Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição;

d.( ) Não sei responder.

5) Identifique o conceito que mais se aplica a Estratégia Saúde da Família:

a.( ) A Saúde da Família é uma das principais estratégias do MS para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica. Ela procura reorientar as práticas profissionais na lógica da atenção às doenças que acometem as pessoas; está inserida no nível de atenção secundária a saúde;

b.( ) A Saúde da Família é uma das principais estratégias do MS para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica. Ela procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população;

c.( ) A Estratégia Saúde da Família é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde e visa a melhoria da qualidade de vida da população através da assistência hospitalar e domiciliar; está inserida no nível de atenção primária a saúde;

d.( ) Não sei responder.

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO PRÉ-TESTE E PÓS-TESTE 2ª OFICINA

Questionário Pré-Teste e Pós-Teste

Segunda oficina: "***Reconhecendo meu papel na Estratégia Saúde da Família"***

Número:_____.

As questões apresentadas a seguir têm como principais objetivos fazer você pensar sobre elas, para que tenha uma noção sobre o conteúdo dessa oficina de estudo, e ao respondê-las permitirá que sejam registrados os conhecimentos que possui, no momento atual, sobre o tema em estudo. Após a realização da oficina, novamente você poderá responder a esse teste e será possível, assim, avaliar o avanço que você pôde alcançar na compreensão do tema. Você utilizará o número que lhe foi sorteado para identificar seus testes e garantiremos assim o anonimato de suas respostas. É importante que responda os testes individualmente e de acordo com o que realmente sabe sobre os temas.

1) Na Estratégia Saúde da Família existem atribuições que são específicas a determinadas categorias profissionais, dentro desse contexto podemos afirmar que:

a.( ) Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe são atribuições do Enfermeiro;

b.( ) Realizar consultas clínicas, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários(escolas, associações etc.) são atribuições dos ACS;

c.( ) Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais são atribuições dos ACS;

d.( ) Não sei responder.

2) Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações coletivas e de vigilância à saúde; são atribuições:

a.( ) Comuns a todos os profissionais da Atenção Básica;

b.( ) Do médico da Equipe de Saúde da Família;

c.( ) Do coordenador da Unidade de Saúde;

d.( ) Não sei responder.

3) São atribuições, comuns a todos os profissionais, que demonstram a importância do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família:

a.( ) Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica e acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

b.( ) Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis e realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

c.( ) Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica;

d.( ) Não sei responder.

4) Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro área e orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis são importantes atribuições:

a.( ) dos Agentes comunitários de Saúde;

b.( ) dos Enfermeiros da Equipe de Saúde da Família;

c.( ) dos Cirurgiões Dentistas;

d.( ) Não sei responder.

5) Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles consiste em atribuição do:

a.( ) Cirurgião Dentista;

b.( ) Enfermeiro;

c.( ) Médico;

d.( ) Não sei responder.

APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO PRÉ-TESTE E PÓS-TESTE 3ª OFICINA

Questionário Pré-Teste e Pós-Teste
Terceira oficina: "***Reconhecendo o valor do trabalho em equipe".***
Número:_____.

As questões apresentadas a seguir têm como principais objetivos fazer você pensar sobre elas, para que tenha uma noção sobre o conteúdo dessa oficina de estudo, e ao respondê-las permitirá que sejam registrados os conhecimentos que possui, no momento atual, sobre o tema em estudo. Após a realização da oficina, novamente você poderá responder a esse teste e será possível, assim, avaliar o avanço que você pôde alcançar na compreensão do tema. Você utilizará o número que lhe foi sorteado para identificar seus testes e garantiremos assim o anonimato de suas respostas. É importante que responda os testes individualmente e de acordo com o que realmente sabe sobre os temas.

1) Trabalhar em Grupo é o mesmo que trabalhar em Equipe?

a.( ) Sim é tudo a mesma coisa;
b.( ) Não, pois o **grupo** é um conjunto de pessoas com objetivos comuns que em geral se reúnem por afinidade enquanto a **equipe** é um conjunto de pessoas que , além de terem uma meta comum, atuam de forma a colocar os objetivos da equipe acima dos objetivos pessoais;
c.( ) Não, pois a **equipe** é um conjunto de pessoas com objetivos comuns que em geral se reúnem por afinidade enquanto que **o grupo** é um conjunto de pessoas que além de terem uma meta comum, atuam de forma a colocar os objetivos do grupo acima dos objetivos pessoais;
d.( ) Não sei responder.

2) Sobre trabalho em **grupo** é correto afirmar que...

a.( ) o foco é na tarefa e não no resultado final;
b.( ) o foco é no resultado final e para isso todos trabalham juntos;
c.( ) o culpado é sempre difícil de apontar;
d.( ) Não sei responder.

3) Sobre trabalho em **equipe** é correto afirmar que:

a.( ) Cada pessoa só conhece a sua área de atuação e o trabalho é desenvolvido de forma individualizada;
b.( ) Todos conhecem a dinâmica do serviço e o trabalho é desenvolvido de forma coletiva, na ausência de um dos membros da equipe um outro pode substituir de maneira tranquila;
c.( ) As amizades são formadas por setores ("panelinhas");
d.( ) Não sei responder.

4) São algumas características importantes de uma **equipe:**

a.( ) A comunicação entre seus membros é confusa, e desestimulada e as divergências são comuns e geram conflitos;
b.( ) A comunicação entre seus membros é transparente e coletiva, todos sabem como o serviço funciona de A a Z;
c.( ) No trabalho em **equipe** cada pessoa só conhece a sua área de trabalho e por isso não existe integração;
d.( ) Não sei responder.

5) Para que o trabalho seja desenvolvido em **equipe** é necessário**:**

a.( ) Definir metas e objetivos, esclarecer qual o papel de cada integrante, que todos os membros da equipe conheçam toda a dinâmica do serviço, que seus membros aprendam a lidar com conflitos, que sejam realizados monitoramento dos resultados e do trabalho;
b.( ) Apenas definir metas e objetivos possíveis de serem alcançados;
c.( ) Juntar várias pessoas com um objetivo comum e deixar o resultado por conta do acaso e que seus membros aprendam a lidar com conflitos, que sejam realizados monitoramento dos resultados e do trabalho;
d.( ) Não sei responder.

APÊNDICE H – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA 1ª OFICINA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA 1ª OFICINA

Tema: Conhecendo a Estratégia de Saúde da Família

Número: _____

Categoria Profissional: _____

Sexo: [ ] **Masculino** [ ] **Feminino** **Idade:** _____ **Tempo de Serviço na ESF:** _____

Participou de outras capacitações sobre ESF ( ) **Sim** ( ) **Não**

Se participou, cite a capacitação: _____

Você considera importante a realização de capacitação, sobre o tema ESF, nos centros de saúde da família? ( ) **Sim** ( ) **Não**

Avalie cada item acerca da atividade realizada, segundo sua opinião, utilizando a escala abaixo:

Legenda: 5- Concordo plenamente 4 – Concordo 3 – Indiferente 2 – Discordo 1 – Discordo plenamente

Item	Escala				
	5	4	3	2	1
A realização dessa oficina permitiu que eu adquirisse novos conhecimentos sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF).					
Agora reconheço que a ESF tem princípios e diretrizes que deverão nortear minhas ações dentro do serviço.					
Minha participação nessa oficina, certamente, será de grande importância para o desenvolvimento do meu trabalho dentro da ESF.					

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA 2ª OFICINA

Tema: Reconhecendo meu papel na ESF

Número: _____

Categoria Profissional: _____

Sexo: [ ] Masculino [ ] Feminino Idade: _____ Tempo de Serviço na ESF: _____

Participou de outras capacitações sobre ESF ( ) Sim ( ) Não

Se participou, cite a capacitação: _____

Você considera importante a realização de capacitação, sobre o tema ESF, nos centros de saúde da família? ( ) Sim ( ) Não

Avalie cada item acerca da atividade realizada, segundo sua opinião, utilizando a escala abaixo:

Legenda: 5- Concordo plenamente 4 – Concordo 3 – Indiferente 2 – Discordo 1 – Discordo plenamente

Item	Escala				
	5	4	3	2	1
Entendi que todos os trabalhadores tem um papel específico no Centro de Saúde da Família (CSF).					
Agora já sei qual o meu papel, enquanto trabalhador do CSF.					
Compreendi que, mesmo cada trabalhador tendo um papel específico, a qualidade do serviço depende da integração entre todos os trabalhadores do CSF.					

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA 3ª OFICINA

Tema: Reconhecendo o valor do trabalho em equipe

Número: _____

Categoria Profissional: _____

Sexo: [ ] Masculino [ ] Feminino Idade: _____ Tempo de Serviço na ESF: _____

Participou de outras capacitações sobre ESF ( ) Sim ( ) Não

Se participou, cite a capacitação: _____

Você considera importante a realização de capacitação, sobre o tema ESF, nos centros de saúde da família? ( ) Sim ( ) Não

Avalie cada item acerca da atividade realizada, segundo sua opinião, utilizando a escala abaixo:

Legenda: 5- Concordo plenamente 4 – Concordo 3 – Indiferente 2 – Discordo 1 – Discordo plenamente

Item	Escala				
	5	4	3	2	1
Entendi porque toda a equipe é um grupo, mas nem todo grupo é uma equipe.					
Agora já sei como o trabalho em equipe é importante para melhorar a atenção prestada ao nossos usuários.					
Minha participação nessa oficina contribuiu para a maior integração com os colegas de trabalho.					

.

APENDICE K – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada: **"Educação Permanente: Mediando uma aprendizagem sobre Estratégia Saúde da Família".** Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todas suas dúvidas, sobre essa pesquisa, sejam esclarecidas. Trata-se de um projeto de Intervenção que se dará através da realização de oficinas educativas onde serão tratados temas referentes à Estratégia Saúde da Família (ESF). Essas oficinas ocorrerão no Centro Saúde da Família Pedro Celestino Romero, sendo organizadas de forma a se evitar qualquer prejuízo para o centro de saúde e para os trabalhadores, terão como facilitadoras dos processos de aprendizagem duas enfermeiras e uma médica da unidade de saúde. Tem como bjetivo geral promover um processo de educação permanente com foco na dinâmica da ESF para trabalhadores do SUS a fim de fomentar o conhecimento sobre a ESF, sensibilizar os trabalhadores do CSF para o processo de trabalho da ESF e despertar nos sujeitos envolvidos a importância da integração entre os demais trabalhadores e a equipe mínima da ESF.

Será utilizado um roteiro de observação em cada oficina educativa e serão aplicados pré-teste e pós-teste, relacionados ao tema em discussão, respectivamente no início e no final de cada oficina. Será utilizado, também ao final de cada oficina, um instrumento de autoavaliação para os trabalhadores participantes, baseados na escala de Likert (GIL, 1999) e elaborados pela pesquisadora para cada uma das oficinas. Os dados oriundos desses instrumentos se constituirão em material de análise da Intervenção e serão organizados e analisados através de um relatório de Intervenção. As informações fornecidas através de sua participação não permitirão sua identificação, exceto à pesquisadora responsável pela pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins científicos e as informações divulgadas entre profissionais estudiosos do assunto. Lembramos que os riscos dessa pesquisa são mínimos. Você tem liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Se precisar de maiores informações sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, nos endereços e telefones abaixo. Agradeço antecipadamente sua colaboração e coloco-me a sua disposição, em qualquer etapa da investigação, para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Pesquisadora Responsável pelo estudo: Maria Ijane Cléa Nobre de Sena, Enfermeira da ESF, mestranda em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará.
Endereço: Rua: Luis Torres, 489, bairro: Maraponga, Fortaleza-CE, Telefones (85)8527 0435; (85)99080327email: ijansena@gmail.com.

ATENÇÂO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre sua participação na pesquisa entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo, Fone: 3366-8344.**

Eu,_____, _____anos,
RG_____, declaro ser de livre e espontânea vontade minha participação como voluntário (a) desta pesquisa. Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, tive oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

_____ Data___/___/___
Assinatura do participante

_____ Data___/___/___
Assinatura do Pesquisador

Fortaleza, _____de _____de 2013.