

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

PRISCILA ORLANDI BARTH

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E
PRÁTICAS EM CENTROS DE SAÚDE DE
FLORIANÓPOLIS/SC**

**FLORIANÓPOLIS
2012**

PRISCILA ORLANDI BARTH

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E
PRÁTICAS EM CENTROS DE SAÚDE DE
FLORIANÓPOLIS/SC**

Dissertação de Mestrado
da Pós-Graduação em
Enfermagem, da
Universidade Federal de
Santa Catarina, como
requisito para o título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dra.
Flávia Regina Souza
Ramos

**FLORIANÓPOLIS
2012**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Barth, Priscila Orlandi

Educação Permanente em Saúde: Concepções e Práticas em centros de saúde de Florianópolis/SC [dissertação] / Priscila Orlandi Barth ; orientadora, Flávia Regina Souza Ramos - Florianópolis, SC, 2012.

92 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Educação Continuada. 3. Educação Permanente em Saúde. 4. Profissionais de Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Ramos, Flávia Regina Souza. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

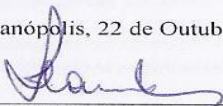
PRISCILA ORLANDI BARTH

4

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS EM CENTROS DE SAÚDE
DE FLORIANÓPOLIS/SC**

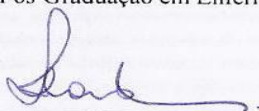
Este (a) Dissertação foi julgado(a) adequado(a) para obtenção do Título de "MESTRE EM ENFERMAGEM", e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, área de concentração Educação, Trabalho e Saúde em Enfermagem.

Florianópolis, 22 de Outubro de 2012.

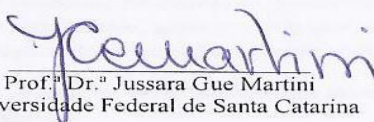


Prof. Dr.^a Flávia Regina Souza Ramos
Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC)

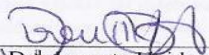
Banca Examinadora:



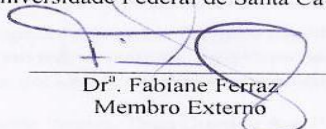
Prof. Dr.^a Flávia Regina Souza Ramos
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.^a Dr.^a Jussara Gue Martini
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. Dr.^a Ivonete Heidemann
Universidade Federal de Santa Catarina



Dr.^a Fabiane Ferraz
Membro Externo

AGRADECIMENTOS

À DEUS, por me guiar e me iluminar em minha vida pessoal e profissional, me compreender, me dar forças e esperança, quando me senti só e pensei em desistir, por me confortar e acolher quando precisava de uma resposta para seguir em frente, por me mostrar o caminho da Fé, da Paz, do Amor e da Esperança, e saber que com Ele tudo é possível, o impossível não existe quando se crê em DEUS...

Aos meus pais Roque Barth e Lia Orlandi Barth, por me conceberem a vida, por me mostrarem o verdadeiro significado da palavra FAMÍLIA, por sempre estarem ao meu lado, me apoiando e me incentivando em toda minha trajetória acadêmica, e que mesmo longe nunca deixaram de se expressar o amor e o carinho que tinham por mim, pelo amor incondicional me dado em toda a minha vida, não tenho palavras para agradecer, EU AMO VOCÊS MAIS QUE TUDO NESSE MUNDO! Muito Obrigada!

À minha irmã Patricia Orlandi Barth, que mesmo longe sempre me apoiou em meus estudos, me incentivou, esteve ao meu lado nos momentos difíceis de minha vida, me dando seu ombro amigo e seu amor de irmã, AMO VOCÊ! Muito Obrigada!

À todos os meus familiares que sempre estiveram me apoiando nessa jornada, em especial aos meus avós Elias Orlandi e Gema Orlandi, minha prima Paola Orlandi que abriu as portas de sua casa para que eu pudesse vir até Florianópolis e concretizar esse sonho, Muito Obrigada!

À minha orientadora Dra. Flávia Regina Souza Ramos Gostaria a minha admiração e meu muito obrigada por me acolher nesses dois anos de mestrado como orientadora, mais que uma orientadora você foi uma mãe para mim aqui, me apoiando, me incentivando, me compreendendo, me mostrando o quanto o mundo do conhecimento é mágico e como podemos transformar o mundo com nossas pesquisas!! Muito obrigada por sempre estar ao meu lado em todos os momentos! Com certeza não foi por acaso que Deus colocou você em meu caminho!! Lhe admiro não só como professora renomeada que é, mas como pessoa, mãe, mulher e batalhadora pelos seus princípios, me sinto muito honrada em ter sido sua orientanda, com certeza seus ensinamentos, seu carinho, sua moral e sua ética irei levar para o resto da vida! Sempre levarei você em meu coração! Muito Obrigada Por tudo!

À minha banca Professora Dra. Ivonete Heidmann, Professora Dra. Jussara Gue Martini, Dra. Fabiane Ferraz, Professora Dra. Denise E. Pires de Pires e Doutoranda Laura Brehmer, agradeço a cada uma de coração pelos ensinamentos compartilhados, por dividirem comigo esse momento mágico e único em minha formação profissional! Muito Obrigada!

À todos os membro do Grupo PRÁXIS os quais me acolheram de braços abertos e com muito carinho desde o primeiro dia em que participei, deixo aqui meu Muito Obrigada!

As minhas orientadoras Msc. Alessandra Regina Muller da graduação, a qual me incentivou todo momento seguir esse caminho e não mediu esforços para que ele pudesse ser percorrido, sem você com certeza nada disso seria possível e a minha orientadora da especialização em Saúde Coletiva Msc. Marines Aires, que me apoiou, me auxiliou em minha primeira pesquisa e dividiu comigo seus conhecimentos, Muito Obrigada á vocês!

As minhas colegas de mestrado em especial a Giovana Calegari Higashi, Rúbia F. Amaral, Daina Kloh e Gerusa Ribeira, as quais sempre estiveram ao meu lado em todo o caminho, me incentivando, me dando carinho, conselhos quando era necessário, sendo verdadeiras amigas, que com certeza levarei para sempre em meu coração! Muito Obrigada!

As minhas amigas Joice Prestes, Daniela Prestes, Thais Grossi e Ana Paula Nogueira, que mesmo distante não deixaram de me apoiar em nenhum segundo a trajetória por mim escolhida, que me escutavam ao telefone por horas quando eu precisava, ou vinham ficar uma semana ao meu lado para que eu pudesse criar folego e aguentar a saudade, EU AMO VOCÊS MINHAS MELHORES AMIGAS! Obrigada por tudo!

Aos meus amigos Daiane Wommer e Pablo Aguirres que sempre estiveram ao meu lado, me incentivando e me dando forças quando precisava seguir em frente, Muito Obrigada!

Ao Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq, o qual me proporcionou uma bolsa de estudos e com à qual pude concretizar meu sonho, Muito Obrigada!

A todos os profissionais do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC) que sempre estiveram disponíveis e acolhedores para quaisquer informação, em especial meu agradecimento á Rafaela e a Claudia, que nos momentos finais de minha dissertação me auxiliaram nas questões burocráticas e de formatação, Muito Obrigada!

“A ALEGRIA NÃO CHEGA APENAS NO ENCONTRO DO ACHADO, MAS FAZ PARTE DO PROCESSO DA BUSCA. E ENSINAR E APRENDER NÃO PODE DAR-SE FORA DA PROCURA, FORA DA BONITEZA E DA ALEGRIA.”

PAULO FREIRE

BARTH, Priscila Orlandi. **Educação permanente em saúde:** concepções e práticas em Centros de Saúde de Florianópolis/SC. 2012. 131p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos

RESUMO

Introdução: A formação e qualificação dos profissionais de saúde foram discutidas fortemente nas décadas de 80 e 90 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a qual apresenta em seus textos bases uma nova forma em se pensar e desenvolver a Educação Permanente em Saúde (EPS). Esse debate institui a remodelação de uma educação tradicional direcionada a categorias específicas e desvinculada da realidade local, para uma educação interdisciplinar, realizada no ambiente de trabalho desses profissionais e a partir das necessidades enfrentadas por eles. No Brasil essas discussões se intensificaram principalmente após a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) 8.080/90 e sua complementar 8.142/90, as quais destacam a formação do profissional de saúde direcionada pelos princípios e diretrizes desse. Com o SUS o modelo de atenção à saúde passa a ser reestruturado, o qual antes era definido pelo modelo médico hegemônico centrado na cura da doença e hospitalocêntrico, nesse momento se intensifica a promoção da saúde e a atenção primária como porta de entrada do usuário, e para que esse se consolide é necessário que os profissionais estejam aptos para atuar com essa nova perspectiva. Nesse contexto, como estratégia para avanços na área da atenção a saúde e como política pública de saúde, no Brasil a partir de 2004 a EPS vem sendo foco de muitas discussões, principalmente com a criação da Política Nacional de EPS por meio da Portaria n.198/04, essa institui-se como uma ferramenta estratégica para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Frente a essas transformações o Ministério da Saúde formula o Pacto Pela Saúde em 2006, o qual enfatiza a descentralização dos serviços e as práticas de EPS, para que essa seja efetiva, remodela-se a PNEPS, instituindo em 2007 a Portaria 1.996/07, a qual reestrutura os Pólos de EPS para as Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), fomentando os avanços na descentralização das práticas de EPS. Neste cenário de inúmeras mudanças o objetivo deste estudo se apresenta como: Analisar as concepções e práticas de Educação Permanente em Saúde a partir da experiência dos coordenadores de centros de saúde de Florianópolis/SC, à luz dos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Métodos:** Esse é um estudo de caso, qualitativo, com caráter descritivo exploratório, o qual tem como local de pesquisa os centros de saúde do município de Florianópolis – Santa Catarina, sendo os participantes 15 coordenadores desses centros. A coleta dos dados ocorreu por meio da triangulação com a entrevista semi-estruturada, a observação direta e análise documental, no período de janeiro à abril de 2012, a análise dos dados seguiu os preceitos do estudo de caso. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEPH /UFSC - Parecer 2340/2011). **Resultados e Discussões:** Os resultados foram elaborados em três categorias principais, tais sejam, *Concepções de EPS, Práticas de EPS, EPS interface com ensino, serviço e órgãos gestores*, essas foram discutidas em dois manuscritos, o primeiro intitulado: *Concepções e Práticas de EPS sob a ótica de coordenadores de saúde*, e o segundo, *Interfaces ensino, serviço e gestão na educação permanente em saúde: um olhar sobre centros de saúde*. A primeira teve o enfoque na EPS como ferramenta para a qualificação profissional e para a transformação das práticas em saúde. A segunda permeou práticas que utilizavam do espaço da EPS para o desenvolvimento do aprimoramento técnico científico e para a transformação dos serviços, por meio da troca de saberes e vivências e das necessidades dos profissionais e usuários. A terceira aborda as questões da articulação entre ensino, serviço, comunidade, e órgãos gestores, apresentando duas vertentes, a primeira direcionada pela verticalização do saber e transmissão de informações e a segunda pelo compartilhamento e troca de conhecimentos e a horizontalidade nos processos de EPS. **Considerações finais:** Ao término desse estudo evidenciou-se a necessidade de ampliar a discussão sobre a EPS nos serviços de saúde, visto que ainda é presente a concepção de educação tecnicista e verticalizada, contudo, apresenta-se a relevância da EPS quando implantada nos moldes dos pressupostos da PNEPS, por seu potencial de transformação dos serviços, no fortalecimento das relações entre categorias profissionais e destes com os usuários, qualificando o cuidado prestado à população.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde; Educação Continuada; Sistema Único de Saúde; Profissionais de Saúde.

BARTH, Priscila Orlandi. **Permanent Education in Health: Concepts and Practices in Health Centres in Florianópolis/SC.** 2012. 131 p. Dissertation (Masters in Nursing) Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Advisor: Dra. Flavia Regina Souza Ramos

ABSTRACT

Introduction: The training and qualification of health professionals are heavily discussed in the 80s and 90s by the Pan American Health Organization (PAHO), which has strong bases in its texts on a new way to think and develop the Permanent Education in Health (PEH). This debate established and remodeled traditional education and was targeted at specific categories in order to unravel the local reality to an interdisciplinary education. These professionals and the needs faced by them held it in the workplace. In Brazil, these discussions were intensified after the implementation of the Unified Health System (SUS by the Brazilian abbreviation) in 1990 by the Organic Law of Health (OLH) and its complementary 8.080/90 8.142/90, which emphasized the training of health professionals targeted by the principles and guidelines of this. With the implementation of the SUS, the health care model has been restructured, which was previously defined by the hegemonic medical model. It primarily focuses on curing diseases, which at that time, intensifies health promotion and primary care as a gateway for the patient or clients. It is necessary to prepare professionals to be able to work with this new perspective for consolidation. In this context, as a strategy to advance in health care and public health policies in Brazil in 2004 the PEH has been the focus on many discussions, particularly with the creation of the National Policy of PEH through Ordinance no. 198/04, which established this as a strategic tool for the consolidation of the principles and guidelines of SUS. Given these transformations, the Ministry of Health formulated the Pact for Health in 2006, which emphasized the decentralization of services and practices by the PEH to make it effective. This remodeled the National Policy of Permanent Education in Health PNEPS, which was established in 2007 by the Decree 1.996/07, which restructured the poles of the PEH for the Integration of the Teaching Service Commissions (TSC) and fostered the advances in the decentralization practices of the PEH. In this scenario, the objective of this study is presented as: To analyze the concepts and practices of the Permanent Health Education from the experiences of the coordinators of health centers in Florianópolis / SC, in light of the assumptions of the National Permanent Education in Health. **Methods:** This is a case study, qualitative, with a descriptive and exploratory character, which has as a health center research site in the capital of southern Brazil. The participants were 15 coordinators of the centers. Data collection occurred by triangulating with semi-structured interviews, direct observation and document analysis dating from January to April 2012. Data analysis followed the precepts of the case study. The project was approved by the Ethics in Research (CEPH / UFSC – Opinion 2340/2011). **Results and Discussion:** The results were prepared in three main categories, these are, PEH Concepts, Practices of PEH and PEH interface with teaching, service and management agencies. These were discussed in two manuscripts, the first titled: Concepts and Practices of PEH from the perspective of health coordinators, and second, Permanent Education in Health and its interface with teaching, service and management: the perspective of health coordinators. The first was the focus on PEH as a tool for the professional qualifications and for the transformation of healthcare practices. The second was mainly to focus on the space that uses PEH for the development of scientific and technical improvement for the transformation of services through the exchange of knowledge and experiences and the needs of professionals and users. The third addresses the issues of the relationship between teaching, service, community and governing bodies with two strands. **Final Thoughts:** Upon completion, this study reveals the need to broaden the discussion on PEH in health services, because this is still a technical and vertical design education. However, it shows the relevance of PEH. When implanted in the molds the assumptions of the National Policy of Permanent Education in Health, for its potential to transform the services, strengthening the relations between occupational categories and with these users-patients, describing the care provided to the population.

Key-Words: Permanent Health Education; Education, Continuing; Single Health System ; Health Professionals.

BARTH, Priscila Orlandi. **Educación permanente en salud:** conceptos y prácticas en centros de salud de Florianópolis/SC. 2012. 131 p. Disertación (Maestría en Enfermería) Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Asesor: Dra. Flavia Regina Souza Ramos

RESUMEN

Introducción: La formación y calificación de los profesionales de salud han sido discutidas fuertemente en las décadas de los 80's y los 90's por la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S), la cual presenta en sus textos bases una nueva forma de pensar y desarrollar la Educación Permanente en Salud (EPS). Ese debate instituyó la remodelación de una educación tradicional dirigida hacia categorías específicas desvinculada de la realidad local, para una educación interdisciplinaria, realizada en el ambiente de trabajo de esos profesionales e a partir de las necesidades enfrentadas por ellos. En Brasil esas discusiones se intensificaron principalmente después de la reglamentación del Sistema Único de Salud (SUS) y por las Leyes Orgánicas de Salud (LOS), las cuales destacan la formación del profesional en salud direccionado por los principios y directrices de este. Como estrategia para los avances en el área de atención en salud y como política pública de salud, en Brasil a partir del 2004, la EPS viene siendo institucionalizada, principalmente con la creación de la Política Nacional de EPS, por medio de la Portería n.198/04, posteriormente remodelada en el 2007 por la reestructuración de los Polos de EPS para las Comisiones de la Integración de Enseñanza-Servicio (CIES), fomentando los avances en la descentralización de las prácticas. En este escenario con inúmeros cambios el **objetivo** de este estudio se presenta como: Analizar los conceptos y prácticas de la Educación Permanente en Salud desde la experiencia de los coordinadores de los centros de salud de Florianópolis, Santa Catarina, a la luz de los presupuestos de la Política de Educación Nacional Permanente en Salud. **Método:** este es un estudio de caso, cualitativo, con carácter descriptivo exploratorio, que tiene como local de investigación, los centros de salud de una capital del sur de Brasil, siendo los participantes 15 coordinadores de estos centros. Los datos fueron recolectados mediante la triangulación con entrevistas semi-estructuradas, observación directa y análisis de documentos, de enero a abril de 2012, tomando los preceptos del estudio caso. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEPH/UFSC - Dictamen 2340/2011). **Resultados y Discusión:** Los resultados fueron elaborados en tres categorías principales, a saber, las concepciones de EPS, Prácticas de EPS, EPS en interfaz con las agencias de enseñanza, servicio y órganos de gestión. Estos se discuten en dos manuscritos, la primera titulada: Conceptos y Prácticas de las EPS desde la perspectiva de los coordinadores de salud, y en segundo Interfaces enseñanza, servicios y gestión en la educación permanente en salud: una mirada en los centros de salud. Los conceptos y las prácticas contempladas en el primer artículo, se centran en la EPS como una herramienta para la calificación profesional y para la transformación de las prácticas de salud. Estas prácticas destacan las EPS como un medio y estrategia para el desarrollo de la mejora científica y técnica para la transformación de los servicios a través del intercambio de conocimientos, experiencias y necesidades de los profesionales y usuarios. Las cuestiones mencionadas en la relación entre la enseñanza, el servicio, y los órganos de gestión de la comunidad, discutidos en el segundo artículo, presentan dos tendencias, la primera dirigido a la verticalización del conocimiento y la transmisión de la información, y la segunda relacionada con el compartir e intercambiar conocimientos y los procesos de horizontalidad en la EPS. **Consideraciones finales:** Existe una necesidad de ampliar el debate sobre la EPA en los servicios de salud, ya que esto continua siendo una práctica educativa tecnicista con diseño verticalizado. Sin embargo, esta siendo reconocida la importancia de la EPS implantada a lo largo de las líneas de los PNEPS, por su potencial para transformar los servicios, fortalecer las relaciones entre las categorías profesionales y con usuarios.

Palabras clave: Educación Permanente en Salud, Educación, permanente, Sistema Único de Salud, Profesionales de la Salud

LISTA DE SIGLAS

ACDRHU	ATUALIZAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS
BVS	BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE
CGR	COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAIS
CIB	COMISSÕES INTERGESTORAS BIPARTIRTE
CIES	COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO
CNS	CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
CNSRH	CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DE RECURSOS HUMANOS
CRS	COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
EC	EDUCAÇÃO CONTINUADA
EP	EDUCAÇÃO PERMANENTE
EPS	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
GERUS	DESENVOLVIMENTO GERENCIAL DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
IES	INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR
LOS	LEI ORGÂNICA DE SAÚDE
LILACS	LITERATURA LATINO – AMERICANA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MEDLINE	LITERATURA INTERNACIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
PEN	PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PNEPS	POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
PROFAE	PROJETO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE ENFERMAGEM
PROMED	PROGRAMA DE INCENTIVO DE MUDANÇAS CURRICULARES NAS ESCOLAS MÉDICAS
PSF	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
RDA	REDE DOCENTE ASSISTENCIAL
SAMU	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL
SCIELO	SCIENTIFIC ELETRONIC LIBRARY ONLINE
SUDS	SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO EM SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TCC	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

LISTA DE FIGURAS

MANUSCRITO 1

<u>Diagrama 01 - Divisão da categoria Concepções de EPS.</u>	24
<u>Diagrama 02 - Divisão da categoria Práticas de EPS.</u>	24

RESULTADOS

<u>Diagrama 03 - Divisão da categoria Concepções de EPS.</u>	47
<u>Diagrama 04 - Divisão da categoria Práticas de EPS.</u>	47
<u>Diagrama 05 - Subdivisão da categoria EPS interface com ensino, serviço e órgãos gestores</u>	47

MANUSCRITO 2

<u>Diagrama 01 - Categoria Concepções de EPS e suas duas subcategorias.</u>	52
<u>Diagrama 02 - Distribuições dos coordenadores a partir das subcategorias intrínsecas à categoria principal Concepções de EPS.</u>	52
<u>Diagrama 03 - Categoria Práticas de EPS em suas duas subcategorias.</u>	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos artigos segundo o ano de publicação.....	23
Tabela 2 - Distribuição dos artigos segundo o tipo de estudo..	23
Tabela 3 - Relação dos coordenadores por categoria profissional.....	46
Tabela 4 - Apresentação do tempo de atuação dos coordenadores dos centros de saúde de Florianópolis/SC	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Matriz analítica construída a partir do referencial teórico	46
Quadro 2 - Situação Epidemiológica do Município de Florianópolis de 2000 à 2010	49
Quadro 3 - Apresenta a morbidade hospitalar do município de Florianópolis	49
Quadro 4 - Distribuição das CIES do Estado de SC e seus respectivos municípios sedes	50
Quadro 5 - Quantitativo de equipes distribuídas no município de Florianópolis/SC.....	51
Quadro 6 - Apresentação dos participantes das reuniões e tempo médio de duração.....	54

SUMÁRIO

<u>LISTA DE SIGLAS</u>	10
<u>LISTA DE FIGURAS</u>	11
<u>LISTA DE TABELAS</u>	12
<u>LISTA DE QUADROS</u>	13
<u>CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO</u>	15
<u>CAPÍTULO 2 - REVISÃO DE LITERATURA</u>	20
<u>2.1 MANUSCRITO 1 - EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NA AMÉRICA LATINA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA</u>	20
<u>CAPÍTULO 3 - REFERENCIAL TEÓRICO</u>	31
<u>3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</u>	31
<u>3.2 APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA E PROBLEMATIZAÇÃO NOS PROCESSOS DE TRABALHO...</u>	33
<u>3.3 EQUIPE DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO</u>	35
<u>CAPÍTULO 4 - TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</u>	40
<u>4.1 LOCAL E PARTICIPANTES DA PESQUISA</u>	40
<u>4.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS</u>	43
<u>4.2.1 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</u>	43
<u>4.2.2 OBSERVAÇÃO DIRETA</u>	44
<u>4.2.3 ANÁLISE DOCUMENTAL</u>	44
<u>4.4 ANÁLISE DOS DADOS</u>	44
<u>4.3 ASPECTOS ÉTICOS QUE ENVOLVEM A PESQUISA</u>	45
<u>CAPÍTULO 5 - RESULTADOS</u>	46
<u>5.1 MANUSCRITO 2 - CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE SOB A ÓTICA DE COORDENADORES DE SAÚDE</u>	49
<u>5.2 MANUSCRITO 3 - INTERFACES ENSINO, SERVIÇO E GESTÃO NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UM OLHAR SOBRE CENTROS DE SAÚDE</u>	61
<u>CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	71
<u>REFERÊNCIAS</u>	73
<u>APÊNDICES</u>	79
<u>ANEXOS</u>	90

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

A década de 70 foi o grande demarcador histórico da saúde pública no Brasil, a partir da Reforma Sanitária organizada por diferentes setores da sociedade civil, como universidades, profissionais da área da saúde e movimentos sociais fomenta-se uma discussão para remodelação do modelo assistencial vigente. Esse se centrava na figura médica, nas práticas hospitalocêntricas e medicalizantes, sendo o ser humano visto de forma fragmentada e a assistência dividida em especialidades.

A Reforma Sanitária Brasileira afirmou-se contra a ditadura militar e a privatização dos serviços de saúde e da previdência social, esse foi um dos movimentos que influenciou a discussão de uma nova constituição federal, um novo estado democrático. Isso pode ser evidenciado a partir de três características que permearam a época, a primeira pelas experiências inovadoras de prefeituras dirigidas por partidos oposicionistas ao governo, segundo a crise financeira que se instaurava abria caminhos no interior do governo para a introdução de elementos de transformação e em terceiro lugar, o fortalecimento da discussão da problemática social nos planos de governo dos partidos políticos (FLEURY, 2009).

Neste mesmo período, em 1978, ocorria na Rússia a Conferência Internacional de Alma Ata sobre Cuidados Primários à Saúde, tendo mais de 700 participantes e organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a UNICEF, apresentou o slogan *Saúde Para Todos no Ano 2000* com a principal finalidade de reafirmar o significado da saúde como direito fundamental de todo ser humano (MENDES, 2004). Essa conferência objetivou a promoção à saúde como essencial para o desenvolvimento econômico e social de um país, direcionada a partir da participação popular por meio do controle social, a descentralização das ações e serviços de saúde, evidenciando-se a necessidade de se propor ações direcionadas para a realidade da população (BRASIL, 2002).

Para que os pressupostos da Conferência de Alma Ata fossem efetivados torna-se necessário discussões sobre novas estratégias na formação e qualificação dos profissionais de saúde, sendo que a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) também desempenhou grande papel ao evidenciar falhas na formação das equipes e introduzir o debate sobre a construção de um novo modelo pedagógico para a mudança das práticas (LOPES et al., 2007). Essas discussões conduziram a concepção da educação continuada (EC), baseada na atualização e a capacitação constante dos profissionais.

A EC era operacionalizada de modo descendente, ou seja, os profissionais da saúde, detentores do saber técnico, identificavam as necessidades e repassavam conhecimentos necessários para a resolução daquele problema em específico. Em estudo sobre concepções de Educação Permanente em Saúde (EPS) e EC dos profissionais que atuam na atenção primária Peduzzi et al. (2009) evidenciou a EC centrada na transmissão de saberes, em cursos e realizada de forma fragmentada.

A EC serviu de base para a construção da educação dos trabalhadores de saúde, sendo um dispositivo importante na formação e desenvolvimento profissional, porém com o avanço e complexidade das tecnologias em saúde se torna necessário repensar em tal prática para que possa alcançar as necessidades reais dos trabalhadores de saúde. A EC deixa de ser o foco da educação dos trabalhadores, para ser uma complementação no processo de ensino aprendizagem.

Na perspectiva de aprofundar as discussões sobre a necessidade de se construir um novo sistema de saúde se realiza a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, entendida como divisor de águas em termos de discussão do modelo assistencial e que contou com a presença de mais de 4.000 pessoas. No relatório final apresenta-se uma nova proposta de sistema de saúde público brasileiro, a separação da saúde e da previdência social, o novo conceito de saúde, o qual é determinado por fatores sociais, culturais, econômicos e históricos, a saúde como direito de todos e dever do Estado, onde esse atua por meio da criação de políticas públicas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida à população, definição, administração e financiamento de um sistema de saúde universal e igualitário, sendo seus serviços operacionalizados de forma descentralizada e a normatização e controle das ações em saúde por agentes públicos ou privados (BRASIL, 1986).

O novo sistema de saúde idealizado na 8ª CNS seria organizado pela descentralização e integralização das ações em saúde, por políticas setoriais, pela hierarquização e regionalização, pela participação da comunidade por meio de entidades federativas democráticas, pelo fortalecimento do papel do município, introdução de práticas alternativas à saúde possibilitando ao usuário escolher pela sua prática terapêutica. Em relação ao acesso e a qualidade, esse seria universal, igualitário, equânime, com direito à dignidade dos usuários, tendo direito de acompanhamento a doentes internados, em especial a crianças e o direito a assistência psicológica sem discriminação (BRASIL, 1986).

Frente as propostas apresentadas no relatório final da 8ª CNS aprovou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 como estratégia para reorientação das políticas e dos serviços de saúde, enquanto se trabalhava na construção de uma nova constituição e nas leis de saúde. Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira, foi criado e implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como seu tripé de sustentação a descentralização das ações em serviço, a integralidade da assistência do indivíduo e o controle social.

O SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 e sua complementar 8.142/90, as quais abordam seus princípios e diretrizes e apresentam um novo conceito de saúde, sendo essa representada por fatores determinantes e condicionantes mencionados no Art.3º a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais, sendo que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica de um país. Outro aspecto importante em sua regulamentação foi a instituição de entidades federativas que permitiram o direito do usuário à saúde, podendo esse ter sua participação efetivada na tomada de decisão no que diz respeito às ações em saúde, sendo esses o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 1990).

Com o intuito de efetivar e consolidar os princípios e diretrizes do SUS formula-se em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como papel principal a reorientação da atenção básica, esse sofre alteração em sua nomenclatura para Estratégia de Saúde da Família (ESF), visto à sua abrangência não somente como um programa nacional (MANO, 2004). A ESF como instrumento de reversão do modelo assistencial vigente ocorre por meio da mudança do objeto da atenção individual para a família, da forma da organização e de atuação dos profissionais de saúde em equipes interdisciplinares, reorganizando a prática de saúde pela delimitação do território de atuação, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (BRASIL, 1997).

Com esse novo modelo assistencial os profissionais de saúde devem estar preparados para atuar e implantar essa nova lógica de atenção à saúde, para isso a sua formação e a sua educação permanente deve ser repensada. A lógica curativista passa a ser rompida, a educação voltada a cursos profissionalizantes e com ênfase em doenças específicas necessitam ser repensadas para que essa nova estratégia de atenção possa ser efetivada e contribuir para a instituição dos princípios e diretrizes do SUS.

Por meio de uma reflexão bibliográfica, Ceccim e Feuerwerker (2004) apresentam a prática de EPS como descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, a qual visa o desenvolvimento e a capacidade de aprendizagem, o enfrentamento de situações onde exigem criatividade. A EPS é uma importante estratégia na transformação das práticas de saúde e na integralidade da assistência, a sua construção deve partir das necessidades observadas pelos profissionais em suas realidades.

No ano de 2003 o Ministério da Saúde lança o desafio da criação de uma política pública para as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), sendo consolidada em 2004 pela Portaria GM/MS nº 198/04 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) a qual visa a transformação dos perfis dos profissionais que atuam no SUS. Segundo Tronchin et al. (2009), como política pública, essa deve preconizar a articulação setorial e multiprofissional, a participação efetiva dos usuários por meio do controle social e de instituições de ensino, concretizando o processo de trabalho a partir do cotidiano das relações.

A articulação entre ensino, serviço, atenção e gestão é fundamental para que a PNEPS se consolide no âmbito dos serviços de saúde, esses espaços são formados por sujeitos distintos, sendo necessário o envolvimento e participação de todos para que a EPS se torne uma ferramenta na construção de relações dialógicas. Em um estudo reflexivo sobre EPS no contexto da enfermagem, Mancia, Cabral e Koerich (2004) destacam que o desafio que a EPS impõem é direcionado para a inter-relação entre ensino, gestão e controle social, onde as atividades práticas devem ser desenvolvidas em todo o campo de prática ao longo dos cursos e entre a equipe multiprofissional.

Nesse cenário é lançada pelo Ministério da saúde a Política Nacional de Atenção Básica pela Portaria n.648 de 28 de Março de 2006, a qual é considerada a base para a assistência da população, é nela que se constituem a promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde, sendo que os profissionais de saúde devem conhecer a realidade das famílias, suas características sociais, econômicas e culturais, viabilizando a participação desses sujeitos nos serviços de saúde e contribuindo para a efetivação do controle social (BRASIL, 2006b). Esse modo de assistência deve ser norteado pelos princípios da humanização, acessibilidade, integralidade, do vínculo, da equidade, da participação social, da responsabilização e da continuidade, vislumbrando a resolução dos problemas reais da população, por meio de tecnologias complexas, por práticas gerenciais participativas e democráticas, visando o atendimento em equipe (BRASIL, 2012).

Em 2007, é estabelecida a Portaria 1.996/07, substituindo a Portaria 198/04, tendo em vista a mudança no gestor federal e o avanço da regulamentação do SUS pelo Pacto pela Saúde em 2006, o qual traz algumas reflexões sobre a EPS dos profissionais da saúde. O Pacto pela Saúde aborda três direcionamentos, o Pacto pela Vida que reforça no SUS a gestão pública baseada em resultados, o Pacto pela Gestão esclarece as funções federativas e fortalece a gestão compartilhada, enfatiza a gestão descentralizada, a regionalização, define diretrizes para a gestão do SUS e o Pacto em Defesa do SUS reafirma o controle social, o direito da cidadania (BRASIL, 2006a).

A ênfase na descentralização das ações em saúde abordada no Pacto pela Gestão fortalece a discussão de uma EPS descentralizada e voltada para as reais necessidades locais, dando ênfase a participação efetiva do controle social, as especificidades, as necessidades locais, o fortalecimento da instância estadual e da gestão participativa (BRASIL, 2007). O desafio da EPS é estimular o desenvolvimento da consciência crítica dos profissionais sobre seu contexto de trabalho, pela sua responsabilidade com o processo permanente de

capacitação, assim torna-se necessário que essa seja para todos os profissionais da saúde um processo sistematizado e participativo.

A Portaria 1.996/07 altera os Polos de EPS para as Comissões Permanente de Integração Ensino – Serviço (CIES), essas atuando como instâncias de articulação regionais para o desenvolvimento da EPS (BRASIL, 2007). Nesse contexto apresenta-se o município de Florianópolis articulado a CIES da Grande Florianópolis, essa é uma instância interinstitucional e intersetorial permanente que participa da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS na região, e tem como principais finalidades apoiar o Colegiado de Gestão Regional (CGR) para a construção do Plano Regional de EPS, articular instituições para planejar estratégias de intervenção, incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições formadoras e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, contribuir com o acompanhamento, planejamento e avaliação da EPS e apoiar e cooperar com os gestores as discussões de EPS (CIES-GRANDE FLORIANÓPOLIS, 2009).

Em um estudo exploratório que realizou sobre o diagnóstico dos profissionais de saúde em sua formação pelos pólos de EPS, Murofuse et al. (2009) destaca que é necessário realizar um diagnóstico inicial da equipe de saúde para se planejar as ações de educação. O processo de qualificação dos profissionais de saúde deve estar estruturado a partir da problematização do seu processo de trabalho, tendo como objetivo transformar as práticas e a organização do trabalho, utilizando como referência as necessidades de saúde das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

A PNEPS é uma caixa de ferramenta que permite ser trabalhada nos vários âmbitos do trabalho em saúde, ampliando a liberdade dos trabalhadores e criando espaços coletivos comprometidos com os interesses e necessidades dos usuários (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). Desse modo a EPS se torna não só uma estratégia de mudança dos perfis dos profissionais, mas em uma estratégia para a consolidação de espaços coletivos no qual são fomentados as características de cada indivíduo, respeitando e deferindo a subjetividade dos sujeitos.

As atividades descentralizadoras, que possuem articulação com a atenção básica, por meio de reunião de equipe, do processo de gestão compartilhada e a valorização da interdisciplinaridade são ações que contribuem para a consolidação da Política Nacional de ESP, já discutidas no estudo de Peduzzi et al. (2009). Torna-se inevitável a estruturação de tais articulações para que se efetive a EPS como prática transformadora e geradora de conhecimento, buscando sua ampliação e concretização nos serviços de saúde.

A EPS valoriza a subjetividade dos sujeitos, suas vivências e conhecimentos, reconhecendo que só pela transformação de suas ações os profissionais poderão atuar em um sistema de saúde integralizado, resolutivo, humanizado e participativo. Assim, deve-se fomentar a construção de ações voltadas às necessidades da equipe de saúde e dos usuários, buscando a consolidação da dinâmica de funcionamento do SUS, por meio da troca dos diferentes conhecimentos e vivências.

As ações de EPS devem possuir diversos olhares, sendo realizadas por múltiplos atores pertencentes a uma equipe multidisciplinar, se tornando uma estratégia potencializadora para a efetivação da interdisciplinaridade, tendo seu foco na equipe de saúde, seus diferentes atores e seus diferentes cenários, valorizando desse modo as particularidades de cada realidade e sujeito.

A aquisição de novos saberes depende de uma postura crítica do profissional frente a sua organização do trabalho, sua formação, seus conhecimentos e habilidades, sua autonomia e a forma como interage com outros profissionais de saúde, sendo assim a EPS é constituída por sujeitos que estabelecem e reformulam a todo instante suas ações e seus pensamentos. Nessa perspectiva a EPS não só qualifica os serviços de saúde, mas proporciona ao profissional uma maior credibilidade e autonomia frente as suas ações, sendo esse movido por valores éticos, sociais, econômicos, políticos e culturais.

Como estratégia para transformações do trabalho no setor da saúde, essa deve promover um ambiente de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005). Nesse âmbito, ressalta-se que ela consiste em potencializar o desenvolvimento pessoal e a aprimoração técnica específica de cada trabalhador, direcionando-o para as suas potencialidades.

Na área da saúde a incorporação de novas tecnologias é permanente e constante, para isso torna-se necessário a viabilização de um processo constante de qualificação, onde o principal desafio da EPS é envolver os trabalhadores em seu contexto e na responsabilização desse, estimulando-os para um processo sistematizado e participativo.

Nesse contexto a EPS tem seu enfoque na equipe multidisciplinar, que por meio da troca de saberes e vivências, busca a consolidação da interdisciplinaridade. Através de um reflexão bibliográfica entre a EPS e a práxis transformadora Silva et al. (2010) retratam a ênfase de proporcionar aos sujeitos a construção do conhecimento por meio da liberdade individual e coletiva, fortalecendo a cidadania e a interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade é fundamental para as práticas no serviço de saúde, pois aprofunda conhecimentos e amplia a qualidade dos serviços, visando à integralidade e resolutividade da assistência. Para tanto, com a consolidação da EPS nos serviços de saúde é possível cotejar a interdisciplinaridade, tendo em vista que essa é uma idealização em muitos âmbitos, que ainda possuem equipes multidisciplinares e não interdisciplinares.

Na perspectiva de consolidar equipes interdisciplinares por meio da EPS, enfatiza-se o papel do

profissional enfermeiro como mediador entre equipe e necessidades dos usuários, tendo em vista que a EPS ocorre a partir da problematização dessas necessidades o enfermeiro pode ter um papel fundamental na consolidação das ações de EPS nos serviços de saúde. Para tanto, o enfermeiro necessita aprender e buscar conhecimentos a partir de suas práticas, estímulos, motivação e sensibilização o que o leva a ter uma mudança de atitude em relação ao seu conhecimento e realização (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

O enfermeiro pode ser considerado um facilitador na efetivação da EPS, pois esse realiza atendimento direto à população e possui capacidade de autonomia frente à organização do processo de trabalho. Sendo assim, esse profissional deve estar atuando de forma compartilhada e viabilizando espaços coletivos de discussões e reflexões entre a equipe à qual pertence.

O conhecimento e a atualização são componentes fundamentais para o fortalecimento de uma profissão, proporcionando ao profissional o desejo de estar buscando novas aprendizagens e novas formas de se pensar e fazer saúde. É por meio da EPS que a enfermagem se fortalece como profissão, ampliando seus saberes e conceitos enfatizando uma transformação tanto profissional quanto social, fortalecendo os princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS.

Com essa linha de pensamento a EPS se reafirma como instrumento essencial para a consolidação de um modelo assistencial centrado na promoção da saúde, constituindo suas práticas a partir das necessidades sociais e de forma compartilhada, visando a troca dos saberes e vivências dos atores envolvidos. Não só como instrumento de transformação, se destaca também como estratégia potencializadora para consolidar os princípios e diretrizes do SUS em todos os âmbitos de atenção à saúde, fazendo da interdisciplinaridade sua principal ferramenta de mobilização e participação social.

Neste contexto de intensas mudanças, o contato com esta temática iniciou no decorrer de minha jornada acadêmica como bolsista voluntária de extensão na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen, atuando em projetos direcionados a gestão compartilhada em saúde, com ênfase na EPS e desenvolvendo como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) um projeto de intervenção que propunha a realização de encontros com profissionais da saúde da atenção básica para a discussão e reflexão sobre os processos de EPS.

Em seguida desenvolvi uma pesquisa como requisito final para o título de especialista em Saúde Coletiva no período de julho de 2010 à março de 2011 sobre as Concepções e Práticas de EPS desenvolvidas por enfermeiros pertencentes à 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul, nessa evidenciei que a maioria dos participantes não detinham conhecimento sobre a PNEPS, sua direcionalidade, finalidade e processo de implantação/implementação, remetendo-se a essa algumas vezes a ações de educação verticalizadas, centralizadas, somente com vistas a qualificação profissional e em outros momentos confundida com as ações de educação em saúde, voltadas à comunidade (BARTH, 2011).

Para desenvolver a pesquisa no curso de especialização, realizei um breve aprofundamento teórico, onde encontrei alguns artigos que provinham de pesquisas semelhantes sobre a concepção e as práticas de EPS que enfermeiros e outros profissionais percebiam e desenvolviam, tanto na atenção básica como em âmbito hospitalar. Esses artigos, em sua maioria apresentava a precariedade de ações desenvolvidas pelos e para os profissionais de saúde, bem como ações voltadas ao modelo médico hegemônico, por meio de atividades verticalizadas e em alguns desses estudos relatavam as concepções errôneas que os enfermeiros detinham sobre a EPS, relacionando-se com as concepções que encontrei em meu estudo (PINTO et al., 2010; MURUFOSE et al., 2009; PEDUZZI et al., 2009; TRONCHIN, 2009).

Diante desses referenciais e a partir de minhas experiências e do resultado revelado em minha pesquisa anterior surgiram inquietações sobre as concepções e as práticas que os profissionais de saúde que atuam na atenção básica de Florianópolis possuem sobre EPS, tendo em vista que neste cenário atuam profissionais de diversas disciplinas da saúde, ao mesmo tempo em que são constituídas relações de ensino - serviço por meio das Instituições de Ensino Superiores (IES) instaladas nesse município. No estudo de Lino et.al (2009) é apresentada algumas características da EPS dos serviços públicos de saúde do município de Florianópolis, no qual o planejamento das propostas de EPS encontra-se distante do preconizado pela PNEPS, as metodologias adotadas são predominantemente tradicionais e não existe uma avaliação formal das ações de EPS desenvolvidas no município.

Indo ao encontro do estudo de Lino et.al. (2009) e os resultados desvelados em minha pesquisa da especialização, tendo em vista que o município de Florianópolis está vinculado a CIES da Grande Florianópolis, onde essa articula-se com a Escola de Formação em Saúde (EFOS) e com as instituições de ensino conforme a necessidade regional (CIES-GRANDE FLORIANÓPOLIS, 2009), indago-me qual a compreensão que os profissionais de saúde possuem sobre a EPS e de que forma a realizam nos serviços de saúde, visto a dinâmica em que se encontra o município e sua estruturação frente ao processo de EPS.

Ao contrário do cenário da pesquisa anterior, o município de Florianópolis possui uma Rede Docente Assistencial (RDA) e uma Política Municipal de EPS (PMEPS), publicada em outubro de 2011 por meio da Portaria n. 041/2011, tornando-se imprescindível analisar e identificar as percepções desses profissionais frente a essa estruturação, entendendo e acreditando que a EPS somente será efetiva nos serviços de saúde e significativa

para os profissionais, quando essa for consolidada pelo quadrilátero, ensino, serviço, gestão e controle social.

Nesse sentido torna-se importante conhecer como se expressam as concepções e práticas de EPS neste cenário em particular, cotejando com resultados obtidos em outros contextos e, deste modo, contribuindo para reconhecer elementos que possam potencializar a real implantação da EPS nos serviços. Em especial nesse estudo buscou-se conhecer as percepções de EPS a partir da experiência e perspectivas dos coordenadores de saúde, profissionais que atuam a frente dos centros de saúde¹ e do planejamento das ações em saúde. No entanto se esses profissionais não estiverem inseridos no processo de implantação/implementação da EPS, não saberão sua direcionalidade e finalidade, bem como a exercerão de forma errônea, prejudicando sua adesão.

Assim, reconhecendo que os coordenadores e suas equipes compreendem e realizam a EPS nos serviços de saúde; considerando-se que tal compreensão é elemento chave para fortalecer na concretização da EPS como ferramenta de transformação do cotidiano das práticas, essa pesquisa visou contribuir na efetivação da EPS nos serviços como prática transformadora, a partir do entendimento de que, para isso, é essencial entender a percepção dos profissionais e identificar o modo como desenvolvem a EPS. A partir do entendimento e do significado dos profissionais sobre a EPS, pode-se estruturar ações que envolvam esses no processo de implementação e identificar novas formas de se realizar a EPS, bem como fortalecer as práticas que vão ao encontro dos pressupostos da PNEPS.

Como a pesquisa está vinculada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC, e dado o caráter da política em estudo, essa se voltará para os profissionais da área da saúde, embora procurando enfatizar o papel do profissional enfermeiro.

Diante disso, apresento a questão norteadora do estudo, qual seja:

- Quais as concepções e práticas de EPS, na perspectiva e experiências de coordenadores de Centros de Saúde no município de Florianópolis/SC?

Para tanto, busca-se por meio da questão norteadora efetivar o objetivo geral do projeto, tal seja:

- Analisar as concepções e práticas de Educação Permanente em Saúde a partir da experiência dos coordenadores de centros de saúde de Florianópolis/SC, à luz dos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

E os objetivos específicos:

- Identificar as concepções de EPS dos coordenadores de centros de saúde de Florianópolis/SC.
- Descrever as práticas de EPS desenvolvidas em centros de saúde de Florianópolis/SC.

¹ Centros de Saúde: denominação utilizada pelo município de Florianópolis para caracterizar as unidades de atenção básica de saúde.

CAPÍTULO 2 - REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo foi estruturado seguindo a Normativa 06/PEN/09 de 02 de Dezembro de 2009, a qual altera os critérios para a elaboração e formato a apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem e prevê a possibilidade de apresentação dos resultados da dissertação no formato de artigo científico (PEN, 2009). Ressalta-se que esse será submetido a revista da área da saúde, que ainda encontra-se em processo de escolha.

2.1 MANUSCRITO 1 - EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NA AMÉRICA LATINA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NA AMÉRICA LATINA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO: Como estratégia para avanços na área da atenção a saúde e como política pública de saúde, no Brasil, desde 2004, a Educação Permanente em Saúde (EPS) vem sendo foco em muitas discussões. Porém ainda são escassas as pesquisas bibliográficas sobre o tema, centrado nas concepções e nas práticas de EPS. O objetivo do estudo foi: Identificar a partir da produção científica as concepções e práticas de EPS na América Latina. **Métodos:** Revisão integrativa de literatura, a qual foi desenvolvida no Sistema da Biblioteca Virtual em Saúde nas bases de dados LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, Scielo e foi dirigida pelos critérios de inclusão: termos: EPS, Educação Continuada e/ou Educação em Saúde, no resumo e/ou título; publicados entre 2005 a junho de 2011; em inglês, espanhol e português; disponíveis online na forma completa. Os 28 artigos selecionados foram analisados pela análise temática, com o apoio de planilhas Excel. **Resultados:** À luz dos preceitos da Política Nacional de EPS e os estabelecidos pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), delineou-se duas grandes categorias: 1) As concepções de EPS; 2) As práticas de EPS. **Discussão:** Na primeira categoria a EPS pode ser concebida de três formas distintas: enquanto ferramenta para administração em saúde, instrumento para a qualificação profissional e estratégia para a transformação das ações em saúde. A segunda categoria revelou que a EPS na prática se configura como um espaço para a autonomia profissional, um espaço para aprimoramento técnico – científico, bem como um espaço para a troca de saberes. **Conclusões:** A discussão da EPS ainda possui um grande número de estudos com foco na educação tradicional, restrita ao aprimoramento técnico científico especializado. Contudo, alguns avanços são observados, a exemplo da abordagem da EPS como estratégia de mudança das práticas, pela reflexão crítica da realidade, ou a valorização das necessidades dos usuários e o diálogo entre saberes. Mostra-se fundamental esse tipo de investigação, para a consolidação da EPS na perspectiva da qualificação dos serviços de saúde, alicerçada na integralidade do cuidado, na participação da comunidade, na interdisciplinaridade e na relação ensino-serviço.

Palavras-Chaves: Administração em Saúde; Educação Continuada; Educação Permanente em Saúde.

PERMANENT HEALTH EDUCATION CONCEPTIONS AND PRACTICES IN LATIN AMERICA: NA INTEGRATIVE REVIEW

Abstract: As a strategy for advances in the area of health care and as a public health policy, in Brazil, since 2004, the Permanent Health Education (PHE) has been the focus of many discussions. However Literature searches are still rare about the topic, focused in the concepts and practices of PHE. The aim of the study was: Identifying from the scientific production the conceptions and practices of PHE in Latin America. Methods: Integrative Review of Literature, which was developed in the Virtual health Library System in the data base LILACS, IBECs, MEDLINE, Cochrane Library, Scielo and it was directed by the inclusion criteria: descriptors: PHE, Ongoing Education and/or Health Education, in the summary and/or title; published between 2005 and July 2011; in English, Spanish and Portuguese; available online in complete form. The 28 selected articles were analyzed by the thematic analyses, with the support of Excel spreadsheets. Results: In light of the provisions of the National Policy and PHE established by the Pan American Health Organization (PAHO), two great categories were outlined: 1) the PHE conceptions; 2) the PHE practices. Discussions: In the first category the PHE might be considered of three distinct forms: as a tool for health administration, instrument for professional qualification and strategy for the transformation of health actions. The second category revealed that the PHE in practice configures itself as a space for professional autonomy, a space for technical improvement - scientific as well as a space for the exchange of knowledge. Conclusions: The PHE discussion still features a great number of studies focused in traditional education, restricted to specialized scientific technical improvement. Although, some advances are observed, as in the PHE approach as a strategy for changing practices, by the critic reflection of reality, or the

appreciation of the needs of users and the dialogue between knowledge. This kind of investigation appears to be fundamental, to the consolidation of PHE in the perspective of the qualification of health services, based on comprehensive care in community participation in interdisciplinary teaching and in-service relationship.

Key-Words: Health Administration, Continuing Education, Permanent Health Education

EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD: CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS EN AMÉRICA LATINA: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

RESUMEN: Como una estrategia para los avances en el área de atención en salud y como política de salud pública en Brasil desde 2004, la Educación Permanente en Salud (EPS), ha sido el centro de muchas discusiones. Sin embargo, todavía son escasas las investigaciones bibliográficas sobre este tema, centrándose en los conceptos y prácticas de la EPS. El objetivo del estudio fue: Identificar a partir de la producción científica las concepciones y prácticas de la EPS en América Latina. **Métodos:** Revisión integrativa de literatura, que se desarrolló en el Sistema de la Biblioteca Virtual en Salud en las bases de datos LILACS, IBECs, MEDLINE, Cochrane Library, Scielo y fue dirigida por los criterios de inclusión: descriptores: EPS, Educación Continua y/o Educación en Salud, en el resumen y/o título; publicados entre 2005 a junio de 2011, en inglés, español y portugués, disponibles on line en forma completa. Los 28 artículos seleccionados fueron analizados por análisis temático, con el apoyo de las planillas de cálculo de Excel. **Resultados:** A la luz de las disposiciones de la Política Nacional de EPS y las establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se delinearon dos grandes categorías: 1) Las concepciones de EPS; 2) Las prácticas de EPS. **Discusión:** En la primera categoría las EPS puede ser concebida de tres maneras distintas: como una herramienta para la administración de salud, como instrumento para la calificación profesional y como estrategia para la transformación de las acciones de salud. La segunda categoría reveló que la EPS en la práctica se configura como un espacio de autonomía profesional, un espacio de mejora técnica-científica, así como un espacio para el intercambio de conocimientos. **Conclusiones:** La discusión de EPS todavía tiene un gran número de estudios centrados en la educación tradicional, limitada a la mejora técnica científica especializada. Sin embargo, algunos avances son observados, por ejemplo el abordaje de la EPS como estrategia para cambiar las prácticas, para la reflexión crítica de la realidad, o la valoración de las necesidades de los usuarios y el diálogo entre saberes. Se muestra fundamental este tipo de investigación, para la consolidación de la EPS en la perspectiva de calificación de los servicios de salud, basado integralidad del cuidado, en la participación de la comunidad, en la interdisciplinariedad y en la relación enseñanza-servicio.

Palabras-clave: Administración de Salud, Educación Continua, Educación Permanente en Salud

INTRODUÇÃO

A educação permanente dos profissionais da saúde há algum tempo é tema de debate entre as instâncias governamentais e instituições formadoras, na busca pela qualificação profissional e o aprimoramento técnico – científico. A partir das críticas ao modelo biomédico hegemônico, também as ações de educação permanente direcionadas aos profissionais de saúde passam a ser repensadas.

Em 1985 a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) aponta para a necessidade da discussão da educação permanente, apresentando a proposta de sua reorientação na Região das Américas, não limitada à forma individualizada, mas focada na solução de problemas reais e concretos que ocorrem nos serviços de saúde (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994). Essa nova proposta de educação avança nos países latino americanos, conforme especificidades de sua conjuntura política social.

No Brasil, a reorientação do modelo biomédico se concretiza, notadamente, a partir da Promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em seu tripé de sustentação: universalidade, descentralização e integralidade da assistência. A regulamentação do SUS pela Lei Orgânica de Saúde (LOS) 8.080/90 dispõe sobre a formação dos recursos humanos no SUS, e apresenta em seu Capítulo III, que as Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES) terão como finalidade a prioridade de construir, planejar estratégias e métodos para a formação e educação continuada dos profissionais do SUS, bem como em relação a pesquisa e cooperação técnica entre as instituições (BRASIL, 1990).

Neste cenário começam a ser realizadas as primeiras estratégias de educação permanente voltadas para a necessidade dos trabalhadores e com metodologias inovadoras. São exemplos o Projeto Larga Escala e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), que posteriormente deram subsídios para a formulação de uma política de educação permanente no país, especialmente por perspectivas como da problematização, das atividades curriculares integradas e pelo espaço privilegiado das Escolas Técnicas do SUS (COSTA, 2006).

Com a prioridade do tema dos recursos humanos para o SUS, a educação permanente torna-se política

pública, o que culmina com o lançamento da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, caminhos para a Educação Permanente em Saúde (EPS) e os Pólos de Educação Permanente em Saúde, em 2003. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, por meio do Departamento de Gestão e Educação na Saúde assume a coordenação da política de EPS como eixo transformador, estratégia mobilizadora de poderes e recurso estruturantes para o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2004a).

A Portaria 198/GM/MS, de 2004, traz como eixo principal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) a educação como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano das ações em saúde, e os processos de capacitação sejam realizados na ênfase das necessidades da população, da gestão setorial e do controle social (BRASIL, 2004a). A PNEPS introduz no Brasil um novo pensar para a qualificação dos profissionais de saúde e coloca em lócus seu próprio processo de trabalho.

A EPS deve ser instituída de forma descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, cotejando a construção de ações que priorizam um atendimento de qualidade, o enfrentamento de problemas por meio da criatividade, a capacidade de trabalhar em equipe e a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas. Além disso, a PNEPS rompe com o modelo vertical de pirâmide instituído pela organização tradicional, propondo a gestão colegiada e democrática, em “roda”, por sua natureza política e crítica – reflexiva (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para instituir a gestão colegiada na EPS, são criados os Pólos de EPS, instâncias locais, para o planejamento e a organização das ações de EPS, dirigidas por representantes dos profissionais de saúde, de instituições formadoras, dos gestores de saúde e do controle social (BRASIL, 2004b).

No ano de 2006, o MS introduz o Pacto pela Saúde por meio da Portaria 399/GM/MS, que articula três eixos: o Pacto pela Vida, o Pacto pela Gestão e o Pacto em Defesa do SUS, com ações pactuadas entre gestores das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2006). A partir do Pacto pela Saúde e a mudança do gestor federal, decorreu-se a alteração dos Pólos de EPS para Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES), que pela regulamentação da Portaria n. 1.996/07 (substitui a Portaria n.198/04), se torna instância de articulação regional para a efetivação da EPS (BRASIL, 2007).

Com o arcabouço de mudanças e complementações no percurso da EPS, surgem indagações em relação a concepção e as práticas que os profissionais de saúde possuem e realizam acerca da EPS, tendo em vista que esses são autores no processo de sua implementação e consolidação nos serviços. Frente a esse panorama, justificamos a necessidade em se realizar a presente investigação, que objetivou identificar, a partir da produção científica, as concepções e práticas de EPS na América Latina.

MÉTODOS

O estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura, cujo método permite analisar um escopo de estudos de uma área, resultando em uma análise ampliada de inúmeros estudos e visualização de lacunas existentes, para a realização desse estudo, utilizou-se de um protocolo validado por uma professora expert e um aluno do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina apresentado no APÊNDICE 1 (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A revisão integrativa se constitui em seis etapas fundamentais (GANONG, 1987), sendo a primeira a seleção do problema de pesquisa, que nesse estudo se apresenta como sendo: Como se apresentam na produção científica, as concepções e as práticas de Educação Permanente em Saúde na América Latina?

A segunda etapa consiste na explicitação dos critérios de inclusão e exclusão que foram aplicados para a seleção da amostra, que neste caso foram: estudos qualitativos, quantitativos, de revisão de literatura, reflexão teórica, avaliativos, relato de experiências, que contenham os termos EPS, Educação Continuada (EC) e Educação em Saúde (ES) no resumo e/ou no título e que estivessem publicados nos idiomas inglês, espanhol e português, disponíveis online na íntegra, no período de 2005 até o primeiro semestre de 2011. Os critérios de exclusão foram: estudos duplicados nas bases de dados, editoriais de periódicos, publicações institucionais e governamentais, teses e dissertações.

A coleta dos dados realizou-se no período de Julho a Agosto de 2011, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se das bases de dados: Literatura Latino - americana em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECs), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Biblioteca Cochrane, Scientific Electronic Library Online (SCIELO). O cruzamento com os termos foi realizado da seguinte forma: Educação em Saúde and Educação Continuada and Educação Permanente em Saúde, sendo visualizadas 546 publicações, dessas havia disponíveis na íntegra apenas 86 publicações que, após a leitura dos resumos, levaram à seleção de 28 artigos, por sua inclusão ao objetivo do estudo.

A terceira etapa condiz em representar as características primárias do estudo, sendo o centro de uma revisão integrativa, não só incluindo os principais achados dos estudos, mas também, outras informações relevantes para auxiliar nas conclusões do pesquisador que são organizadas em tabelas para facilitar a análise dos dados puros (GANONG, 1987). As informações retiradas e abarcadas em uma matriz APÊNDICE 2 foram: título, objetivo do estudo, ano, periódico, abordagem metodológica, população do estudo e principais resultados.

A quarta etapa consiste na análise dos dados, incluindo análise quantitativa, por meio de frequência absoluta e relativa, e análise qualitativa, por meio de análise temática de Minayo (2004). A quinta etapa consiste na interpretação dos resultados, os quais foram direcionados com a comparação dos artigos relacionados a EPS e os preceitos da PNEPS. A sexta etapa consiste em reportar a revisão, realizando a síntese dos dados. Os aspectos éticos ressaltam o respeito aos preceitos de autoria e referenciamento dos estudos selecionados.

RESULTADOS

Com relação aos periódicos, foram identificados números maiores de publicações nos periódicos da Revista da Escola de Enfermagem da USP e na Interface Comunicação Saúde e Educação, abarcando 4 (14,30%) publicações em cada periódico. Os demais se apresentaram com 2 (7,14%) publicações em cada um dos seguintes: Ciência & Saúde Coletiva, Investigación y Educación en Enfermería, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem, Texto & Contexto em Enfermagem; ou com 1 (3,57%) publicação nos seguintes periódicos: American Journal of Pharmaceutical Education, Arquivo Brasileiro de Cardiologia, Arquivos Catarinense de Medicina, Ciência Cuidado Saúde, Cogitare Enfermagem, Revista Brasileira de Cancerologia, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Revista Espaço para Saúde, Revista Latino – Americana de Enfermagem e Revista Médica de Minas Gerais.

Frente a esse panorama podemos evidenciar que a EPS vem sendo debatida em várias perspectivas, pois se apresenta em periódicos com distintos focos, o que fortalece sua implementação na medida em que se institui em cenários variados e é discutida por múltiplos atores sociais.

A Tabela 1 apresenta o ano de publicação dos artigos selecionados:

Tabela 1 – Distribuição dos artigos segundo o ano de publicação.

ANO	N	%
2006	2	7
2007	3	11
2008	7	25
2009	8	29
2010	7	25
2011	1	3
TOTAL	28	100

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), 2012.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos artigos conforme o tipo de estudo apresentado.

Tabela 2 – Distribuição dos artigos segundo o tipo de estudo

Tipo do Estudo	N	%
Pesquisa Qualitativa	10	36
Reflexão Teórica	7	25
Relato de Experiência	3	11
Pesquisa Quantitativa	2	7
Estudo Avaliativo	2	7
Revisão de Literatura	2	7
Sem descrição quanto ao tipo de estudo	2	7
TOTAL	28	100

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), 2012.

A maioria dos estudos trata-se de pesquisas qualitativas, contemplando as necessidades da população, dos profissionais e dos serviços de saúde. Porém, vale ressaltar a necessidade de estudos avaliativos sobre as experiências em desenvolvimento e sua coerência com os pressupostos da EPS. Outro aspecto importante a enfatizar é a escassez de artigos de revisão de literatura (2), sendo que nenhum desses contemplavam questões sobre as concepções e as práticas de EPS, como foi o foco deste estudo.

Os principais achados do estudo foram contemplados em duas grandes categorias que se apresentam nos diagramas abaixo.

O diagrama 1 contempla a divisão da Categoria Concepções de Educação Permanente em Saúde em três subcategorias.

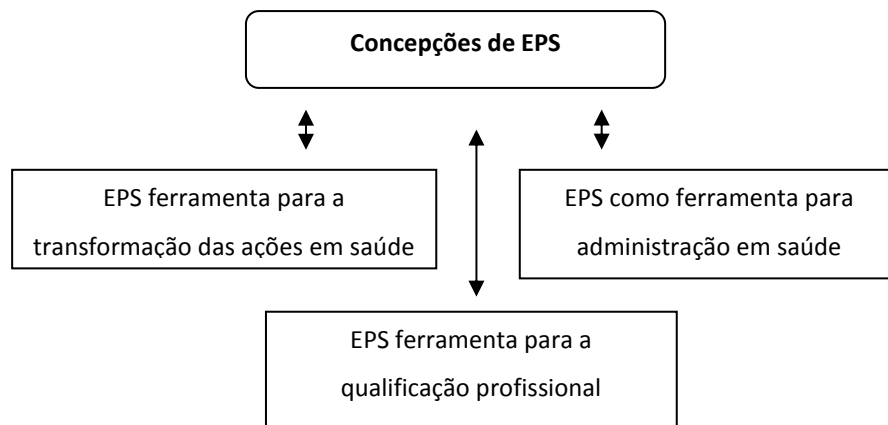


Diagrama 01 - Divisão da categoria Concepções de EPS.
Fonte: BARTH, P.O., 2012.

Conforme o diagrama acima a subcategoria EPS ferramenta para a transformação das ações em saúde obteve maior representatividade com quinze artigos, em seguida EPS ferramenta para a qualificação profissional contendo dez artigos e EPS como ferramenta para administração em saúde incluindo três artigos. Esse viés apresenta a diversidade de dimensões em que aborda-se a concepção de EPS, bem como aponta para um direcionamento de uma educação transformadora, rompendo com o modelo de educação tradicional.

O diagrama 2 apresenta a subdivisão da Categoria Práticas de EPS em três subcategorias.

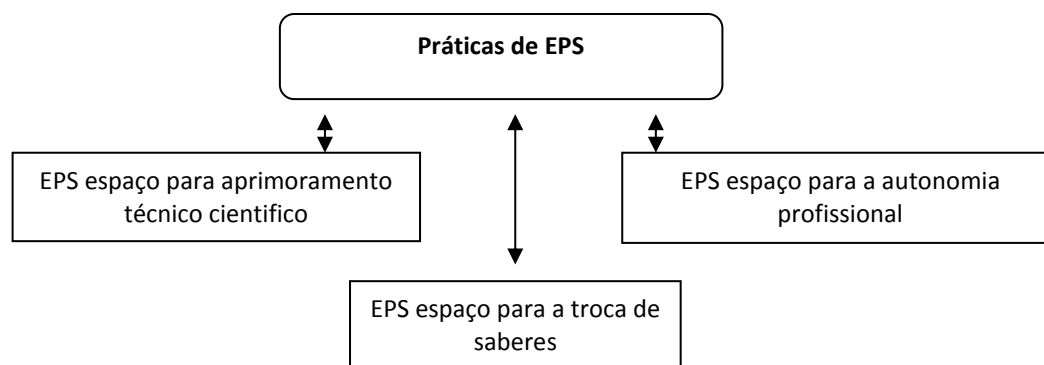


Diagrama 02 - Divisão da categoria Práticas de EPS.
Fonte: BARTH, P.O., 2012.

No diagrama 2 a categoria principal Práticas de EPS se subdividiu em três subcategorias, havendo a maior representatividade na subcategoria EPS espaço para a troca de saberes com o quantitativo de quinze artigos, em seguida EPS espaço para aprimoramento técnico científico com a representatividade de nove artigos e EPS espaço para a autonomia profissional com três artigos, ressaltando-se que um artigo não obteve resultados que se enquadrasse nessa categoria principal. O foco em uma educação que modifica o espaço de trabalho por meio das trocas de saberes e vivências relaciona-se com a maioria dos artigos apresentarem essa concepção de EPS, uma educação que transpassa os preceitos estabelecidos pelos modelos educacionais tradicionais e busca novas formas de se pensar e fazer uma educação que dê significado ao profissional da saúde.

DISCUSSÃO

A leitura e a análise temática dos 28 artigos à luz dos pressupostos estabelecidos pela Política Nacional de EPS geraram duas grandes categorias como exposto nos resultados: As concepções de EPS e As práticas de EPS, essas serão discutidas a seguir.

As concepções de Educação Permanente em Saúde

A primeira subcategoria, intitulada *EPS como ferramenta para administração em saúde*, apresenta três artigos que abarcam concepções de EPS como uma ferramenta para a administração complexa, para o gerenciamento da enfermagem, destacando o papel do profissional enfermeiro como viabilizador para as ações de

mudança e para a gestão compartilhada pelo fortalecimento da autonomia e senso crítico (AMESTOY et al., 2010; VILLAS BÔAS et al., 2008; FELICIANO et al., 2008).

Os princípios da EPS e da administração complexa são essenciais para o desenvolvimento permanente do profissional da saúde, e o enfermeiro como líder da equipe deve proporcionar a auto-organização e a autonomia por meio das relações dialógicas (AMESTOY et al., 2010). Nesta perspectiva os processos de EPS podem ser incorporados na supervisão e gerenciamento de enfermagem como alternativa para discutir dificuldades e potencialidades, do mesmo modo que implementada na programação local fortalece a gestão compartilhada e a qualidade das mudanças nos serviços de saúde (VILLAS BÔAS et al., 2008; FELICIANO et al., 2008).

A segunda subcategoria, intitulada *EPS como qualificação profissional*, retrata dez estudos que concebem a EPS como ferramenta para a qualificação profissional, aprimoramento técnico – científico e enfoque no conhecimento especializado (FLÔR; GELBECKE, 2009; LIMA et al., 2009; MCCONNELL; NEWLON; DICKERHOFE, 2009; MUROFUSE et al., 2009; PEDUZZI et al., 2009; TRONCHIN et al., 2009; ORTIZ; RIBEIRO; GARANHANI, 2008; SILVÉRIO, 2008; GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006; TAVARES, 2006).

Em alguns estudos a EPS teve seu foco em saberes especializados, como na prática de radiação ionizante, na atuação na área da psiquiatria, de farmacêuticos para utilização de recursos tecnológicos, em patologias específicas, nas ações de profissionais médicos que utilizam os espaços de EPS para o desenvolvimento de cursos específicos e centrados na transmissão de saberes (FLÔR; GELBECKE, 2009; MCCONNELL; NEWLON; DICKERHOFE, 2009; MUROFUSE et al., 2009; SILVÉRIO, 2008; GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006; TAVARES, 2006).

Com a instituição da EPS como política pública do SUS, o foco em um conhecimento específico deixa de ser o centro das ações de EPS, a sua concepção transpassa o saber individualizado específico e fortalece a troca de saberes entre a equipe multiprofissional e as necessidades que esses estabelecem para o desenvolvimento da EPS. Neste sentido é necessário repensar qual a concepção que os profissionais de saúde possuem sobre a EPS, visto que é claro em alguns estudos a direcionalidade dessa para um conhecimento científico especializado.

Nesta mesma subcategoria ressaltam-se os estudos que abordam a EPS com a concepção de uma ferramenta para a qualificação profissional, como em serviços especializados, no caso de estudo avaliativo sobre um curso de aprimoramento de ressuscitação cardiopulmonar à profissionais de enfermagem (LIMA et al., 2009). E a utilização da EPS para o aprimoramento de técnicas de recuperação da saúde e de gerenciamento, atividades direcionadas a equipes multidisciplinares, porém que apontam a falta da discussão da integralidade nas práticas de educação e sua compreensão ampla e contextualizada a partir da realidade local (TRONCHIN et al., 2009).

O aperfeiçoamento técnico é necessário, mas devem ser visadas as necessidades estabelecidas pelos profissionais e usuários e não somente as priorizadas pelos serviços ou instituições. A educação em serviço deve partir das necessidades do coletivo e dos problemas das organizações, visando prestar um cuidado humanizado e de qualidade, tendo em vista que a partir da problematização destas se estabelecerá os conteúdos e tecnologias para o seu desenvolvimento da EPS (CECCIM; FEUERWERKKER, 2004).

Em outros estudos a EPS como qualificação profissional é utilizada como ferramenta para capacitar os profissionais sobre algum problema específico das unidades de saúde, ou de seu campo de trabalho, utilizando-se a educação à distância, ou de cursos e simpósios realizados externamente aos serviços de saúde (PEDUZZI et al., 2009; ORTIZ; RIBEIRO; GARANHANI, 2008). Essa abordagem não se relaciona com os preceitos da EPS como uma proposta participativa e desenvolvida dentro dos serviços de saúde (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

A terceira subcategoria, intitulada *EPS para a transformação das ações em saúde*, aborda a EPS como uma ferramenta para a mudança no processo de trabalho nas práticas de saúde, por meio da reflexão das necessidades locais e pela práxis criadora, e foi recorrente em 15 artigos. Essa concepção de EPS vai ao encontro do reportado na Política Nacional de EPS e das discussões da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), quando ambas enfatizam que o processo de trabalho, as necessidades da população e dos profissionais devem ser o lócus das ações EPS, visando à transformação da realidade (SILVA et al., 2011; COSTA et al., 2010; MENDONÇA et al., 2010; MONTANHA; PEDUZZI, 2010; RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010; SILVA et al., 2010; SOUZA et al., 2010; MARANDOLA et al., 2009; NICOLETTO et al., 2009; CICONET; MARQUES; LIMA, 2008; NUNES et al., 2008; SILVA et al., 2008; LAVADO et al., 2007; OLIVEIRA, 2007; VICENT, 2007).

A EPS se apresenta como uma ferramenta de mudança quando se torna um instrumento de trabalho dos profissionais de saúde, para a organização do trabalho, incorporação de tecnologias leves, resolutividade das necessidades da população e dos serviços de saúde e para a ruptura com o modelo biomédico (COSTA et al., 2010; LAVADO et al., 2007). Seguindo essa linha de pensamento, enfatiza-se a EPS como parte do processo de trabalho, havendo a criação de espaços dentro dos serviços de saúde para sua implantação, nos quais os profissionais possam repensar suas práticas, buscar estratégias de intervenção, superar limites e dificuldades enfatizando o trabalho em equipe como estratégia para superar divergências e provocar mudanças (NICOLETTO et al., 2009; CICONET; MARQUES; LIMA, 2008).

A EPS se constitui como uma estratégia de transformação das práticas, no entanto, se tem a necessidade de disseminar e descentralizar essa estratégia entre os atores sociais envolvidos, para que essa possa consolidar o SUS em uma rede escola (CECCIM, 2005) e os serviços de saúde se tornem espaços privilegiados para que a EPS

seja instituída no cotidiano do processo de trabalho.

Os facilitadores e tutores da EPS identificam essa concepção a partir da realização de curso de capacitação, ressaltando a pedagogia crítica, a integração do profissional como parte da mudança e o objeto do estudo com foco em cada realidade distinta (MENDONÇA et al., 2010; NUNES et al., 2008). Profissionais de enfermagem retratam a concepção de EPS como um processo educativo que promove a interação entre a equipe, a reflexão das necessidades dos profissionais e usuários e a articulação entre a teoria e a prática, como identificado também em um estudo reflexivo tendo como finalidade transformar as ações de saúde (MONTANHA; PEDUZZI, 2010; MARANDOLA et al., 2009).

A vivência dos profissionais é fundamental para consolidar o processo de EPS nos serviços, visando espaços coletivos de discussões e reflexões, tornando-os críticos frente as suas realidades e necessidades, possibilitando mudanças nas ações de assistência à saúde (SOUZA et al., 2010; OLIVEIRA, 2007). O primeiro contato para a realização da EPS parte dos saberes e vivências dos profissionais, de um processo de construção social, utilizando da problematização para transformar a realidade local, superando os modelos tradicionais, por meio das metodologias ativas e críticas, e do estímulo à implementação de ações inovadoras (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010; SILVA et al., 2008).

No cenário onde a EPS atua a partir da problematização, utiliza-se da práxis criadora para estabelecer a possibilidade de transformação, visualização, ampliação, valorização dos conhecimentos do coletivo, integração da teoria com a prática, criando um movimento dinâmico de fazer e refazer-se (SILVA et al., 2010). Para isso é necessário que os profissionais tenham o empoderamento para a transformação de suas práticas, que parte do coletivo, agrega vários órgãos gestores e espaços educativos, articulando as necessidades dos sujeitos envolvidos e transcendendo as práticas tecnicistas e reprodutivas (SILVA et al., 2011).

No desenvolvimento da EPS, a construção do conhecimento ocorre por meio do processo de trabalho, das necessidades instituídas no coletivo, com estratégias educacionais e de gestão, articulando essas duas vertentes, proporcionando a criação de um potencial transformador nos serviços de saúde (VICENT, 2007). Essa articulação se faz necessária para a implantação da EPS nos serviços de saúde, para que ela se torne multidimensional e promotora da autonomia profissional.

Práticas de Educação Permanente em Saúde

A primeira subcategoria, intitulada *EPS espaço para a autonomia profissional*, abarca três artigos, os quais abordaram ações de EPS direcionadas para a autonomia profissional e liderança (AMESTOY et al., 2010; VILLAS BÔAS et al., 2008; FELICIANO et al., 2008).

No estudo de reflexão teórica sobre EPS e a administração hospitalar, as ações de EPS estão direcionadas para a autonomia profissional, ao enfatizar o enfermeiro como o líder da equipe, capaz de promover a autonomia desta por meio da educação dialógica, afim de preconizar programas para a formação de líderes no âmbito da saúde (AMESTOY et al., 2010). Nesse mesmo direcionamento, outra reflexão teórica apresenta a EPS nos processos de supervisão de enfermagem, proporcionando ao enfermeiro a possibilidade de discutir as dificuldades enfrentadas pelos profissionais e, desse modo, viabilizando a autonomia desses (VILLAS BÔAS et al., 2008).

O terceiro artigo avalia as ações de EPS desenvolvidas com uma equipe do Programa de Saúde da Família com o foco na saúde da criança, destacando a participação efetiva de todos os profissionais e a utilização da programação local das ações como elementos que fortalecem a autonomia e a efetividade das ações de EPS desenvolvidas (FELICIANO et al., 2008). Na perspectiva destes estudos, a autonomia profissional é componente fundamental para a implantação efetiva da EPS nos ambientes de trabalho, do mesmo modo que propicia ao trabalhador maior motivação e interesse para o desenvolvimento de suas ações.

A segunda subcategoria, *EPS espaço para o aprimoramento técnico científico*, retrata nove artigos, nos quais as práticas de EPS possuem foco no saber especializado, na prevenção de agravos e no conhecimento técnico científico específico (FLÔR; GELBECKE, 2009; LIMA et al., 2009; MCCONNELL; NEWLON; DICKERHOFE, 2009; MUROFUSE et al., 2009; PEDUZZI et al., 2009; TRONCHIN et al., 2009; SILVÉRIO, 2008; GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006; TAVARES, 2006).

A EPS é estudada no contexto de serviços específicos, como base para qualificar o profissional de saúde nesse âmbito. Assim é o caso do trabalho com radiação ionizante, (FLÔR; GELBECKE, 2009); ou no âmbito da enfermagem psiquiátrica, no interior de instituições nas quais se concilia o saber especializado (GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006), com profissionais farmacêuticos que se capacitam para operar sistema de redução de custos (MCCONNELL; NEWLON; DICKERHOFE, 2009) e com profissionais que atuam no atendimento de urgência e emergência para a atualização de conhecimentos específicos (LIMA et al., 2009).

Em virtude dos avanços tecnológicos que ocorrem na área da saúde, os profissionais necessitam estar em constante atualização, porém essa deve ser realizada de maneira crítica e reflexiva, concomitante com as necessidades dos serviços, visando a maior qualidade na atenção (GUIMARÃES; MATIN; RABELO, 2010). Nesse sentido, as ações de EPS devem transcender a ênfase no aprimoramento técnico científico para almejar a transformação das ações em saúde em prol da integralidade e resolutividade.

Em Estudo que busca diagnosticar as ações de EPS em uma Coordenadoria de Saúde Estadual, retrata-se

que essas tem o foco da capacitação e dirige-se para determinadas patologias específicas, utilizando as estratégias de cursos, seminários e informativos, havendo pouca participação dos profissionais no processo (MUROFUSE et al., 2009). Na mesma direção aparecem ações de EPS realizadas por profissionais da atenção básica com foco em um público alvo específico, fortalecendo a fragmentação e o saber específico de categorias profissionais, como a revisão entre pares, seja no caso de ações desenvolvidas por médicos que atuam na ESF, ou em âmbito hospitalar. Nestes casos, os profissionais ressaltam a dificuldade em se discutir a integralidade e realizar ações de EPS direcionadas pelas necessidades dos usuários e dos serviços, destacando que a demanda interna se dá pela reprodução do modelo biomédico voltado para a assistência hospitalar (PEDUZZI et al., 2009; TRONCHIN et al., 2009; SILVÉRIO, 2008). Além disso, os profissionais de enfermagem apontam por buscar alguma atualização no campo da saúde mental por meio de cursos ou eventos, e que a maioria deles (80% dos enfermeiros e 50% dos técnicos de enfermagem) acreditam que as ações de EPS devem ser voltadas para conhecimentos técnicos específicos (TAVARES, 2006).

Com base nesses achados se torna imprescindível discutir e disseminar o verdadeiro significado da EPS, pois um número relevante de estudos apontam para ações de EPS como espaço de qualificação profissional. Embora o aprimorar técnico científico seja importante, demonstra que as práticas retratadas nem sempre estão relacionadas com a reflexão e discussão sobre as necessidades reais da população, do serviço e dos próprios profissionais, dificultando a implementação da EPS nesta lógica.

É importante ressaltar que as ações de EPS não devem partir de uma lista de necessidades individuais ou da gestão, mas sim das necessidades da organização do próprio trabalho, com base na problematização de cada realidade, visando a integralidade e humanização na assistência (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), o que não significa eliminar as demandas da qualificação técnica, mas apenas redirecioná-las ao espaço dialógico e problematizador das relações de trabalho.

Em contraponto a terceira subcategoria, *EPS espaço para a troca de saberes* apresenta 15 estudos que retratam as ações de EPS direcionadas a partir das necessidades dos usuários, da equipe de saúde e que visam a troca de saberes entre os diferentes atores sociais, a interdisciplinaridade e a integralidade na assistência (SILVA et al., 2011; COSTA et al., 2010; MENDONÇA et al., 2010; MONTANHA; PEDUZZI, 2010; RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010; SILVA et al., 2010; SOUZA et al., 2010; MARANDOLA et al., 2009; NICOLETTO et al., 2009; CICONET; MARQUES; LIMA, 2008; NUNES et al., 2008; SILVA et al., 2008; LAVADO et al., 2007; OLIVEIRA, 2007; VICENT, 2007).

As ações de EPS são destacadas pela característica da participação de todos os membros da equipe de saúde, apontando mudanças quando esses se envolvem e utilizam a EPS como ferramenta para a organização do processo de trabalho e alcance da resolutividade das necessidades de saúde da população, tornando-os críticos frente a sua realidade (COSTA et al., 2010; OLIVEIRA, 2007). Essa mudança é evidenciada em um estudo avaliativo em particular no trabalho do médico em saúde da família, onde a EPS se torna uma ferramenta para a incorporação de tecnologias leve e leve – duras e para a ruptura com o modelo assistencial biomédico (LAVADO et al., 2007).

Os pressupostos estabelecidos pela PNEPS se referem, exatamente, a maior resolutividade das ações, pela real identificação das necessidades de saúde da população e dos serviços, mediada pelo processo crítico reflexivo criativo entre os diversos atores. É neste processo que se concretiza a troca de saberes e vivências entre os profissionais, que favorecem a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Esse processo pode ser visualizado em práticas de EPS que partem das necessidades dos usuários e das equipes de saúde, como exposto por profissionais do Serviço de Atendimento Móvel (SAMU), mobilizados por temas gerados a partir das suas vivências e necessidades da população, conduzindo para a revisão de condutas e do conhecimento técnico científico, assim como para a reflexão crítica sobre as razões e consequências destas condutas (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008). Esse ponto também é apresentado por profissionais que participaram de um curso de tutores e facilitadores para o desenvolvimento da EPS, apontando que os recursos pedagógicos foram considerados pertinentes quando foram coerentes às necessidades locais, estimularam o envolvimento do grupo, a troca de experiências e a crítica/autocrítica da realidade, ampliando o olhar sobre o processo de trabalho, sobre sua prática, sobre seu crescimento pessoal e profissional (MENDONÇA et al., 2010).

Ações de EPS que partem das necessidades dos usuários e dos serviços são visualizadas por profissionais de enfermagem, os quais relatam o diálogo entre profissionais e usuários como eixo norteador do processo de EPS, na medida em que gera um melhor desempenho nas ações prestadas à população e a articulação da teoria com a prática (MONTANHA; PEDUZZI, 2010). Partindo das necessidades das populações estimula-se a transformação dos serviços de saúde e da própria organização do trabalho, utilizando-se da problematização coteja-se o acolhimento, as várias dimensões do cuidado, os aspectos que envolvem a subjetividade, as habilidades técnicas, de conhecimento científico e do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A dinâmica da EPS orientada pelas necessidades dos usuários, proporciona ao profissional se sentir parte do processo de transformação social, como evidenciado por profissionais cirurgiões-dentistas que se mostraram pró ativos e criativos, desenvolvendo uma postura crítica, novas competências e habilidades frente a sua realidade (NUNES et al., 2008). Nesse sentido a implementação da EPS permite alcançar o desenvolvimento conjunto dos

profissionais e do serviço, uma vez que a melhoria no atendimento repercute na satisfação dos usuários e na finalidade dos processos de trabalho, da organização e da produção de serviços (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

Outro aspecto importante para a implementação da EPS nos serviços é a interação entre a equipe. No momento em que o trabalho em equipe se consolida as ações de EPS são efetivadas e as divergências e conflitos são enfrentados, gerando mudanças na qualidade da prestação de serviços à população (NICOLETTO et al., 2009; ORTIZ; RIBEIRO; GARANHANI, 2008). O trabalho multiprofissional envolve sujeitos com diferentes olhares, e para que as ações de EPS se consolidem nos serviços, esses olhares devem se cruzar e refletir criticamente sobre cada forma singular, de modo a estabelecer relações dialógicas e potencializar o trabalho interdisciplinar.

São visualizadas mudanças quando profissionais se integram à práticas de EPS realizadas em relações dialógicas horizontalizadas, fortalecendo a integração entre os indivíduos, o comprometimento profissional e desenvolvimento crítico (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010). A inserção do profissional no processo de implementação de EPS ocorre de forma satisfatória quando esses utilizam da problematização como estratégia educativa, partindo das vivências de cada sujeito, superando modelos tradicionais e tornando-os capazes de realizar ações mais adequadas e aprendizagens significativas (SOUZA et al., 2010; SILVA et al., 2008).

A reflexão estabelecida pela práxis criadora e a troca de saberes e vivências é transformadora, proporciona a interdisciplinaridade e a integralidade, despertando os profissionais para a reflexão crítica sobre seu processo de trabalho (SILVA et al., 2010). Ressalta-se que o processo educativo deve transcender o aprimoramento técnico científico, para que os profissionais busquem sua autonomia e cidadania, valendo-se da EPS para desenvolver conhecimentos dos contextos, social, político, econômico e participativo (SILVA et al., 2011).

A articulação entre os vários setores é fundamental para que o processo de EPS seja implementado de forma participativa e em rede. A articulação entre gestão e educação cria um potencial transformador das práticas e a reconstrução do conhecimento, visando maior qualidade nos serviços prestados à população e a efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade (VINCENT, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das evidências apresentadas pode-se afirmar que os estudos sobre as concepções e práticas de EPS ainda são poucos explorados, principalmente os de caráter de revisão de literatura. Essa lacuna permite refletir sobre como se entende e realiza a EPS, alertando para a necessidade de se desenvolver estudos com esse foco, para que a implementação dessa política seja objeto de contínua reflexão, necessária a efetiva transformação das práticas de saúde.

Nessa pesquisa evidenciou-se que grande parte dos estudos ainda discute a EPS com foco na educação tradicional, privilegiando o aprimoramento do conhecimento técnico científico, em prol da qualificação profissional, do mesmo modo que se apresentam práticas centradas em um saber especializado, fortalecendo a divisão dos saberes e as especialidades. Essas concepções e práticas precisam ser refletidas e discutidas entre os diversos atores envolvidos no processo de EPS, pois a verticalização do saber e ausência de uma ressignificação do aprimoramento técnico científico podem manter a fragmentação das ações e dificultar a implementação da EPS nos serviços de saúde.

A EPS é uma ferramenta criada como estratégia de consolidação do SUS, porém somente será efetiva se os atores envolvidos em seu processo entenderem a sua concepção e direcionalidade. Nesse sentido se torna fundamental investigar as concepções e as práticas de EPS para que essa estratégia seja utilizada para a transformação dos serviços de saúde, cotejando a integralidade da assistência, a participação da comunidade, a interdisciplinaridade e a relação ensino- serviço.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, S.C. et al. Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v..31, n.2, p. 383-387, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica de Saúde 8.080-90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N°198 GM/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Aprova as Diretrizes

Operacionais do Pacto. EPS Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1996/07 de 20 de Agosto de 2007**. Substitui a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

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

CICONET, R.M.; MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 26, p. 659-666, 2008.

COSTA, P.P. **Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Saúde) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

COSTA, V.Z. et al. Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo. **Investigação Educação Enfermagem**, v. 28, n.3, p. 336-344, 2010.

FELICIANO, K.V.O. et al. Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 1, p. 45-53, 2008.

FLÔR, R.C.; GELBECKE, F.L. Tecnologias emissoras de radiação ionizante e a necessidade de educação permanente para uma práxis segura da enfermagem radiológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n.5, p. 766-770, 2009.

GANONG, L.H. Integrative Review of Nursing Research. **Research Nursing Health**, v.10, n.1, p. 1-11, 1987.

GIRADE, M.G.; CRUZ, E.M.N.T.; STEFANELLI, M.C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.40, n.01, p. 105-110, 2006.

GUIMARÃES, E.M.P.; MARTIN, S.H.; RABELO, F.C.P. Educação permanente em saúde: Reflexões e desafios. **Ciencia y Enfermeria**, v.16, n.2, p. 25-33, 2010.

HADDAD, J.Q.; ROSHCKE, M.A.C; DAVINI, M.C. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.100. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1994.

LAVADO, M. M. et al. Avaliação do processo de trabalho médico no programa saúde da família: uma ferramenta para educação permanente. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n.2, p.75-81, 2007.

LIMA, S.G. et al. Educação Permanente em SBV e SAVC: Impacto no Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 93, n. 6, p. 630-636, 2009.

MARANDOLA, T.R. et al. Educação permanente em saúde: conhecer para compreender. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 53-60, 2009.

MCCONNELL, K.J.; NEWLON, C.; DICKERHOFE, J. A Model for Continuing Pharmacy Education. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 73, Issue 5, Article 87, 2009.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p.758-64, 2008.

MENDONÇA, F.F. et al. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2593-2602, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 8ª edição. São Paulo. Editora: Hucitec; 2004.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, MARIANA. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n.3, p. 597-604, 2010.

MUROFUSE, N.T. et al. Diagnosis of the situation of health workers and the training process at a regional center for professional health education. **Revista Latino Americana em Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 314-320, 2009.

NICOLETTO, S.C.S. et al. Polos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 209-219, 2009.

NUNES, M.F. et al. A proposta da Educação Permanente em Saúde na formação de cirurgiões-dentistas em DST/HIV/Aids. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 12, n. 25, p. 413-20, 2008.

OLIVEIRA, M.A.N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 585-589, 2007.

ORTIZ, M.C.L.; RIBEIRO, R.P.; GARANHANI, M.L. Educação à distância: uma ferramenta para educação permanente de enfermeiros que trabalham com assistência perioperatória. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 558-565, 2008.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009.

RODRIGUES, A.C.S.; VIEIRA, G.L.C.; TORRES, H.C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 531-537, 2010.

SILVA, B.T. et al. Educação permanente: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 4, p. 256-261, 2008.

SILVA, L.A.A. et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 340-348, 2011.

_____. Educação Permanente em Saúde e no trabalho em Enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 557-561, 2010.

SILVÉRIO, J.B. Programa de educação permanente para médicos de família. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, n. 60, supl. 4, p. 560-566, 2008.

SOUZA, R.C.R. et al. Educação permanente em enfermagem e a interface com a ouvidoria hospitalar. **Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 85-94, 2010.

TAVARES, C.M.M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto & Contexto em Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 287-295, 2006.

TRONCHIN, D.M.R., et al. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. esp. 2, p. 1210-1215, 2009.

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

VILLAS BÔAS, L.M.F.M.; ARAÚJO, M.B.S.; TIMÓTEO, R.P.S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p.1355-1360,2008.

CAPÍTULO 3 - REFERENCIAL TEÓRICO

Frente ao desafio proposto pelos objetivos iniciais é fundamental que este estudo seja orientado pelo referencial teórico da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004 pela Portaria 198/04 do Ministério da Saúde, a fim de contemplar a educação no trabalho. Após a sua elaboração ocorreram mudanças em sua estruturação, abrangeu-se e instituiu-se novas perspectivas e perdeu-se outras, como a ênfase do quadrilátero da formação, com a reformulação pela Portaria 1.996/07 e a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o Controle Social no SUS 2007.

A partir do referencial teórico expresso na política em foco e embasamento principal desse trabalho, propõe-se desmembrá-lo em alguns eixos ou categorias teóricas que irão nortear o trabalho de campo e a análise dos dados, sendo esses a Educação Permanente em Saúde; a aprendizagem significativa e a problematização nos processos de trabalho; equipe de saúde e a organização do trabalho. Para essa discussão são utilizados alguns autores da área, que contribuem para o entendimento e posicionamento frente aos eixos propostos.

3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Primeiramente torna-se necessário iniciar a discussão com um resgate histórico sobre o processo de EPS dos recursos humanos em saúde. A EPS vem sendo abordada pelos programas da Organização Pan – Americana em Saúde de Recursos Humanos, sendo em um primeiro momento voltada para a capacitação profissional, às competências profissionais, e à busca da continuidade das ações educativas (DAVINI; NERVI; ROSCHEK, 2002).

Esse contexto mundial no qual se é pensada a educação no trabalho, está estruturado em um modelo verticalizado e centrado em especialidades, onde o foco dos trabalhadores é a qualificação para atuação em áreas específicas. Porém, ao mesmo tempo se desenvolve um movimento contra hegemônico, especialmente por meio das Conferências de Saúde, que debatem as transformações necessárias para o campo da saúde.

Na década de 80 do século XIX faz-se uma análise sobre as experiências vivenciadas pelos países da América para identificar novas formas de abordagem de capacitação dos recursos humanos em saúde. A partir dessas experiências se impulsionou o desenvolvimento de um programa de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS), que se caracterizou por trazer à educação dos trabalhadores a visão de um processo permanente, fonte de conhecimento e objeto de transformação, assumindo um caráter coletivo e multidisciplinar (ROSCHEK; DAVINI; HADDAD, 1993).

No Brasil esse movimento é visto pela criação de estratégias como o Projeto Larga Escala em 1981, o curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos (ACDRHU), o Desenvolvimento Gerencial de Unidade Básica de Saúde (GERUS), o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem (PROFAE) e o Programa de Incentivo de Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED). Esses eram impulsionados pela utilização de metodologias inovadoras, as quais privilegiassem o profissional da saúde, seu contexto, saberes e vivências (COSTA, 2006).

Esse enfoque se dá primariamente com as mudanças na atenção à saúde, principalmente pela transformação de um modelo biomédico, centrado na cura da doença e hospitalocêntrico, para um modelo de cunho preventivo, focado nas ações da atenção primária à saúde e na formação de equipes multidisciplinares. No Brasil destaca-se o movimento da Reforma Sanitária nos meados dos anos 70 e a construção do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) em 1988, como impulsionadores para a efetivação dessa mudança no modelo de saúde vigente.

A aprovação do SUS em 1988 apresentou um novo olhar sob o conceito de saúde e uma nova perspectiva para a formação de recursos humanos na área da saúde. A sua regulamentação se dá no ano de 1990 pela Lei orgânica de Saúde 8.080/90 (LOS 8.080/90) e sua complementar 8.142/90, sendo que na LOS 8.080/90 Art.6º inciso II apresenta que a ordenação da formação de recursos humanos fica intrínseco aos objetivos e atribuições do SUS (BRASIL, 1990).

Em um estudo realizado em 15 projetos de EPS em 8 países da América Latina no ano de 2000 Davini, Nervi e Roschek (2002) relatam que as reformas nos Estados nos anos 90 do século XX desencadearam mudanças na educação dos profissionais de saúde, pois nesse momento não bastava apenas capacitá-los, mas sim o desafio de incorporá-los em um sistema agora descentralizado e com novos modelos de atenção à saúde. Após esse momento passa-se a fortalecer uma nova proposta teórica – metodológica intitulada EPS, com base no protagonismo dos profissionais da saúde, por meio da problematização da realidade e da aprendizagem significativa.

Nesse mesmo estudo, os autores apresentam algumas características que os projetos de educação dos profissionais de saúde tiveram no início de sua implantação, quais sejam: a capacitação se desenvolve como projeto específico para os trabalhadores de saúde e possui o foco nas estratégias das reformas; os objetivos e os conteúdos se definem pela troca entre os profissionais; as ações educacionais são de alcance à todos; o foco é nos trabalhadores dos serviços públicos e implica na utilização da gestão do mercado (DAVINI; NERVI; ROSCHEK,

2002).

É possível identificar nesse momento o processo de transformação e reestruturação das ações educativas aos profissionais de saúde, passando da capacitação profissional para uma transformação das ações por meio de suas vivências e conhecimentos. O enfoque agora não é somente tornar os profissionais mais qualificados, mas sim qualificá-los para que atuem em um novo modelo, que proporcione uma assistência de qualidade.

No Brasil os projetos iniciais voltados à capacitação profissional tiveram foco em áreas profissionais específicas, tais como, Capacitação e Formação em Saúde da Família, Profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem (PROFAE), Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde, Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde, Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, entre outros. Esses programas aproximaram as instituições formadoras com o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como fortaleceram as mudanças contra o modelo hegemônico, desenvolvendo reflexões e críticas sobre a formação profissional (BRASIL, 2004a).

Esses projetos iniciais propuseram uma nova forma de se pensar e fazer a educação dos trabalhadores, ainda que inicialmente voltados à áreas específicas proporcionaram uma reflexão acerca de suas práticas. A partir desses se iniciou uma aproximação entre ensino e serviço, gerando novas estratégias para a formação profissional, incorporando os problemas cotidianos com os conhecimentos técnicos científicos das instituições e desafiando à introduzir mudanças nos modelos formativos pontuais na saúde.

Diante desse contexto a EPS é instituída no Brasil como ferramenta estratégica para transformar os processos formativos, as práticas pedagógicas e a organização dos serviços, articulando o sistema de saúde, suas esferas de gestão e as instituições formadoras (BRASIL, 2004a). A EPS se concretiza no momento em que gera transformações nos processos de trabalho, provoca a sensibilização para às mudanças nas ações em saúde e fortalece as relações entre equipe e usuários.

É com essa ênfase que se formula em 2003 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída por meio da Portaria 198/2004, como mencionado no referencial acima, essa tem seu foco na relação educação e trabalho, que se estabelece por meio da aprendizagem significativa, a partir da realidade de cada trabalhador.

Para o desenvolvimento da EPS nos serviços de saúde cria-se o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, o qual assume o papel de gestor federal do SUS na ordenação dos recursos humanos, sendo responsável pela formulação de políticas para a formação profissional, capacitação, gestão social e controle social. Esse mesmo departamento possui três eixos norteadores, sendo eles, a EPS e sua relação com a formação de graduação e pós graduação, atenção e gestão, a profissionalização dos trabalhadores do ensino fundamental e médio e a gestão social das políticas públicas (BRASIL, 2003).

Com o caráter descentralizador do SUS, a EPS também é desenvolvida nesse sentido, para isso se torna necessário a criação de instâncias que integrem o ensino, o serviço, os profissionais, o controle social e gestores do SUS. Para isso essas instâncias deverão ter como eixo estruturante o modelo de co-gestão, por meio da instituição das rodas de co-gestão.

Para a gestão da educação permanente em saúde, propomos a criação de instâncias de articulação entre instituições formadoras, gestores do SUS, serviços (principalmente serviços que se instituíram como serviços-escola), instâncias do controle social e representações estudantis, a funcionar como rodas de co-gestão. Essas instâncias de articulação serão espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação (como nas mesas de negociação) entre as ações e serviços do SUS e as instituições formadoras; serão o lócus (como nos comitês, conselhos e grupos de trabalho) para a identificação de necessidades e a construção de estratégias e políticas no campo da formação e desenvolvimento - sempre na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no Sistema (BRASIL, p. 4, 2003).

O modelo da roda induz a participação coletiva, sem distinção de níveis hierárquicos, rompendo com o modelo centralizado e verticalizado, propondo que ali todos os atores sociais tenham vez e voz. Assim por meio do diálogo, da problematização das diversas realidades, da reflexão crítica acerca das ações, propõem-se não só uma transformação nas ações profissionais, mas também no que diz respeito à participação popular, incentivando essa e proporcionando espaços para que essa inter-relação se estabeleça.

Os Pólos de EPS instituem a quebra no modelo verticalizado e hierarquizado superando a gerência hegemônica, viabilizando novas formas estruturais e organizativas, comprometidas com os princípios éticos políticos da Reforma Sanitária Brasileira. Esses se desenvolvem por meio da gestão colegiada, desestabilizando as estruturas tradicionais e a racionalidade gerencial hegemônica (BRASIL, 2003).

Os Pólos dão o suporte para que a roda gire e funcione, oportunizando espaços de troca de conhecimentos e vivências, e assim por meio da problematização propiciando a instituição de estratégias de EPS de acordo com as reais necessidades dos profissionais e usuários. Além desse viés os Pólos de EPS devem proporcionar estruturas e métodos adequados para o estabelecimento da EPS nos serviços de saúde.

Nesse espaço aberto e de diálogo se encontram uma multiplicidade de atores, quer sejam dirigentes,

profissionais, usuários, estudantes, os quais possuem interesses, culturas, realidades e problemas diferentes. Almejando essa dinâmica de funcionamento o Ministério da Saúde remodelou os Pólos de EPS para a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES) em 2007, instituídas na Portaria n. 1996/07 da Política Nacional de EPS, essa mudança se dá pela institucionalização do Pacto pela Saúde em 2006, o qual fortalece a descentralização nos serviços e políticas públicas de saúde e pela mudança do gestor federal.

É necessário ressaltar aqui as principais mudanças estabelecidas e seus direcionamentos adotados pela Portaria 1996/07 na EPS. Nessa, a EPS se reafirma como eixo norteador para a formulação dos Planos Regionais de EPS e ações educativas, debate a questão das demandas voltadas as reais necessidades dos trabalhadores proporcionando a interlocução com as instituições de ensino, reafirmando as necessidades intra e interinstitucionais na criação de diferentes redes de gestão, serviços de saúde e educação e controle social, introduzindo a EPS no Pacto de Gestão pelo Pacto pela Saúde e, em relação ao financiamento, os gestores passam a contar com repasse federal fundo a fundo para que possam estabelecer suas ações regionais (BRASIL, 2007).

Teoricamente perde-se o quadrilátero da formação, ensino, serviço, gestão e controle social com a nova portaria, no entanto essa destaca a agregação do Plano de EPS aos instrumentos já existentes, como planos locais de saúde e relatórios de gestão, assegurando a presença do controle social em suas ações. Fomenta o monitoramento das ações de EPS, como objetivo de proporcionar o melhor projeto de acordo com a realidade local, implica-se em uma análise crítica da execução das ações didáticas – pedagógicas e administrativas que orientam o redimensionamento das ações (BRASIL, 2007).

As CIES fortalecem no avanço para a implementação como instâncias de discussão e consolidação dos princípios do SUS, juntamente com a instituição de uma rede estadual de CIES (BRASIL, 2007). Ferraz (2011) em um estudo realizado com duas CIES do Estado de Santa Catarina retrata a necessidade em se estabelecer relações de vínculo entre CIES e os Colegiados Gestão Regional (CGR) para viabilizar a educação profissional como um recurso estratégico para a educação em serviço, porém a autora ressalta que essa relação ainda ocorre de modo informal por meio da demanda.

Desse modo, a EPS deve se instituir no município como uma estratégia viabilizadora na consolidação dos princípios do SUS, sendo realizada de forma descentralizada e compartilhada, com a presença de todos os atores envolvidos intrínseca ou extrinsecamente no processo de formação e qualificação profissional, ou seja, deve-se articular ensino, serviço, gestão e controle social. A CIES é uma instância locorregional que deve estar articulada as CIES do seu estado, proporcionando a troca de experiências e fomentando as mudanças necessárias para implantar de forma efetiva a EPS nos municípios.

Todas essas transformações são necessárias para que se possa instituir uma EPS significativa aos profissionais de saúde e usuários, tornando-os protagonistas nesse processo. Temos aqui o grande desafio da EPS, o de se estabelecer relações entre a educação e o trabalho e fazer com que estes se tornem instrumentos de troca de saberes e vivências, o que está implicado na construção de uma abordagem metodológica diferenciada, capaz de integrar as necessidades dos profissionais.

3.2 APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA E PROBLEMATIZAÇÃO NOS PROCESSOS DE TRABALHO

Frente a esse desafio da implantação de novas formas de se desenvolver EPS, aprofunda-se os conceitos de aprendizagem significativa e de problematização, os quais estão dispostos na Política Nacional de EPS para o seu desenvolvimento metodológico. Nesse contexto partimos dos pressupostos apresentados por Paulo Freire, a partir da Pedagogia Libertadora.

Paulo Freire, nas obras Educação como Prática de Liberdade (2007a) e Pedagogia do Oprimido (2007b), nos revela os aspectos educacionais, políticos, sociais e econômicos à época da ditadura militar no Brasil e os desafios que a sociedade enfrentava. Porém é visto que ainda hoje os desafios enfatizados por Paulo Freire exigem superação, como a construção de uma educação voltada ao educando, de uma relação entre sujeitos e não sujeito e objeto e da aproximação da realidade com a teoria.

Esse autor nos apresenta uma educação voltada ao educando, o que implica em auto formação, análise da realidade por meio do diálogo e interferência do sujeito sobre seu próprio contexto, além disso, não pode ser realizada de cima para baixo, nem imposta, mas desenvolvida como um ato de amor. O diálogo está presente no universo humano, o homem dialoga consigo, com o mundo e com o seu criador, é nesse diálogo sobre os desafios e problemas que o homem se faz histórico (FREIRE, 2007a).

O diálogo se torna uma forma de modificar as relações, visto que estabelece uma relação de sujeito – sujeito, os saberes são vistos como iguais e devem ser discutidos e refletidos entre os atores. Nessa relação dialógica podemos realçar a experiência, o modo como ela pode interferir na visão de cada sujeito, trazendo consigo olhares diferentes sobre cada situação.

Assume importância a necessidade de desvelamento, na passagem de uma transitividade ingênua, onde o ser humano simplifica seus problemas e é frágil em suas argumentações, para uma transitividade crítica, a qual se sustenta por uma educação dialógica e ativa. A transitividade crítica aprofunda a interpretação da problemática, procura-se intensificar os achados, sempre revisando-os e ao mesmo tempo livrando-se dos preconceitos

(FREIRE, 2007a).

Nessa transitividade crítica emerge a necessidade de uma educação corajosa, que leve o homem a uma nova postura diante de seus problemas, que aborde a pesquisa ao invés de uma mera repetição de trechos e afirmações desconectadas com a realidade (FREIRE, 2007b). Essa criticidade é fundamental para que uma sociedade se imponha e se transforme diante dos problemas que vivencia, tornando-se capaz de modificar-se e de modificar o mundo ao seu redor.

É a partir dessa transição que se estabelece uma educação problematizadora, que enfoca a liberdade dos indivíduos e sua libertação por meio da consciência crítica. A educação problematizadora identifica-se com a própria consciência, não podendo mais ser um ato de transmitir, de narrar, de transferir conteúdos aos educandos, mas sim um ato consciente, o qual supera a contradição educador – educando. Nessa prática o educador e o educando estabelecem uma relação consciente, buscando estabelecer um caráter reflexivo no desvelamento da realidade e sua inserção crítica nessa (FREIRE, 2007b).

O desvelamento da consciência se torna um ponto chave para a efetivação de uma educação libertadora, transformadora por meio do ato cognoscível. A ruptura na relação de educador – educando também é fundamental para o estabelecimento dessa educação, acreditando que a libertação e o despertar do homem para sua realidade, por meio de sua consciência, se fortaleça na transformação dos processos educativos. Sendo que, o autor defende que “Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si mediatizados pelo mundo.” (FREIRE, p. 39, 2007b).

Essa expressão apresentada pelo autor nos faz refletir sobre o que entendemos a respeito de educação e como essa é desenvolvida em nossas vidas, a partir do dia do nosso nascimento. A tradicional forma bancária de educar e a falsa ilusão de que alguém é educado por alguém e de que ninguém se educa sozinho ainda são pontos fortes a serem discutidos e refletidos em nossa sociedade.

A educação deveria mudar nossas atitudes, ocorrendo a substituição de hábitos passivos por ativos e de participação, promovendo a criticidade nas relações com o mundo, tornando-nos mais críticos com nós mesmos e assim, tratar com menos superficialidade os nossos problemas e nossos assuntos (FREIRE, 2007a). Almejando alcançar tal criticidade em nossas vidas, ressaltamos a importância da conscientização dos sujeitos, para que por meio dessa exerçam sua cidadania, se tornem ativos e potencializadores para a transformação de suas realidades.

Perante esse pensamento, a educação libertadora instiga os educandos a problematizarem-se como seres do mundo e com o mundo, desafiando-os e desenvolvendo seu poder de captação do mundo e suas relações com ele, em sua realidade em transformação (FREIRE, 2007a). É pelos questionamentos que o educando se vê desafiado por aquela realidade, e assim se faz sentir comprometido com ela, envolvido em suas várias dimensões, objetivando a mudança por meio de sua reflexão crítica.

Para isso é necessário voltar-se a práxis (ação-reflexão-ação) dos homens sobre o mundo para transformá-lo, pois somente com essa conformação a educação se dará como prática libertadora. A práxis proporciona a criticidade sobre a realidade, busca por meio da problematização a sua efetivação, para assim interferir e modificar o mundo (FREIRE, 2007a).

A Pedagogia Libertadora de Paulo Freire se consolidou em diversas áreas como um marco para a utilização da problematização, assim inspirados nessa pedagogia alguns autores avançaram na construção da metodologia da problematização. A metodologia da problematização está fortemente marcada pela relação educação e sociedade numa visão crítica sobre essa, visando à transformação social, pela conscientização dos direitos e deveres do cidadão, pela perspectiva libertadora e emancipatória (CYRINO; PEREIRA, 2004).

A problematização, como eixo norteador da EPS, é fundamental para que essa se consolide nos serviços de saúde e se torne significativa para os profissionais que a realizam. Problematizar a realidade vai além do simples fato de identificar os problemas nela existentes, mas sim busca nessa identificação a mudança no modo de agir e fazer saúde, visando à qualidade na atenção, a integralidade e humanização da assistência.

A EPS também introduz por meio da problematização a aprendizagem significativa para o sujeito que a está efetivando. A aprendizagem significativa está intrínseca no processo de problematização da realidade, pois quando problematizamos, nos inserimos na realidade, apresentamos nossa visão sobre ela, discutimos, refletimos e nos tornamos críticos, e assim trazemos o significado daquela aprendizagem para nossas vidas.

A aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) é a forma norteadora de se realizar a EPS, propondo que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (BRASIL, 2003). Essa aprendizagem se institui a partir das necessidades dos profissionais de saúde e população, buscando por meio da problematização instituir a EPS nos serviços viabilizando a troca de conhecimentos, experiências, a integralidade e resolutividade.

A aprendizagem significativa se idealiza quando os conhecimentos prévios do sujeito são realçados e interagem com os conteúdos e a cultura, permitindo que esse se desafie num movimento de continuidade e ruptura (CYRINO; PEREIRA, 2004). No foco da EPS é necessário que os conhecimentos prévios e experiências que os profissionais possuem sejam enfatizados para que se promova o processo de ensino aprendizagem significativo.

Portanto, a aprendizagem significativa está intrínseca na problematização da realidade porque são considerados os aspectos culturais, sociais, políticos e econômicos de cada indivíduo. Fortalecendo os saberes e

experiências dos sujeitos se constrói uma aprendizagem significativa, e por meio dessa que a EPS se consolida nos serviços, se tornando eixo estruturante para a efetivação do SUS.

As relações entre sujeitos de diversas áreas por meio da problematização propiciam a aprendizagem significativa, sendo que na área da saúde essas relações se intensificam por meio da interdisciplinaridade. Essa se dá no momento em que uma equipe multidisciplinar estabelece relações, essa equipe é o escopo para desenvolver a EPS e para isso se torna necessário aprofundarmos as discussões do significado de equipe de saúde.

3.3 EQUIPE DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Peduzzi (2001) aponta que o conceito de equipe de saúde possui uma abordagem predominantemente técnica, onde cada ação profissional é apreendida como conjunto de atribuições ou tarefas e a equipe multiprofissional é considerada pela variedade de especialidades, não havendo relações entre esses, nem a problematização de seus trabalhos. Nesse aprofundamento teórico fica claro que a equipe de saúde ainda é um aspecto frágil nos serviços de saúde, tendo em vista que desde a sua nomenclatura percebemos a dicotomia entre as diferentes categorias profissionais.

Em um estudo realizado com enfermeiras sobre a visão do trabalho em equipe no PSF Colomé, Lima, Davis (2008) apresentam a dificuldade enfrentada por esses profissionais em se trabalhar em uma equipe multidisciplinar, onde quando não se estabelece conexões com os outros profissionais o trabalho se torna fragmentado e contribui para o desenvolvimento do modelo biomédico hegemônico, bem como quando há a integração, há a contribuição da valorização do cuidado. Estabelecer essas conexões se torna o grande desafio em se trabalhar em uma equipe multiprofissional, onde a hegemonia de conhecimentos prevalece, enquanto deveria se prevalecer a troca desses.

No contexto brasileiro, onde a reversão do modelo ocorre pela instituição do PSF, hoje reformulado para Estratégia de Saúde da Família, a equipe de saúde passa a ter uma composição diferente da instituída pelos modelos tradicionais hospitalares, com novos integrantes e a necessidade de articulação entre esses para que possam desenvolver as ações em saúde. A ESF é formada por uma equipe mínima, sendo médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, agentes comunitários de saúde. Quando abarca ações de saúde bucal inclui-se o odontólogo, auxiliar em saúde bucal e técnico em higiene bucal. E, apoio a estas equipes existe o Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), que agrega profissionais com especialidades diversas para dar suporte a ESF, podendo ser esses, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físico, entre outros profissionais, de acordo com as necessidades locais (BRASIL, 2009).

Frente a esses desafios Peduzzi (2001) identificou por meio de um estudo empírico realizado em diferentes âmbitos hospitalares dois tipos de equipes de saúde, a equipe agrupamento, a qual nos traz como significado de fragmentação; e a equipe interação, resultante da articulação das ações por meio da integralidade. Nessas duas modalidades estão presentes os aspectos relacionados à divisão do trabalho, à hierarquia, às especializações e às desigualdades de valores atribuídos a cada profissional.

Nessas duas abordagens podemos identificar uma grande diferença, em um lado uma equipe centrada na dicotomia das relações, na imposição de níveis hierárquicos, os quais favorecem a desvalorização profissional e proporcionam situações de conflitos entre os profissionais, de outro, uma equipe integradora, que estimula o entrelaçamento entre os diversos profissionais e rompe com os níveis hierárquicos, proporcionando a flexibilidade e a integralidade nas relações profissionais. Para identificar essas equipes a autora utilizou-se de alguns parâmetros, tais sejam, a comunicação externa ao trabalho, a comunicação estritamente pessoal, a comunicação intrínseca ao trabalho, um projeto assistencial comum, diferença técnica entre trabalhos especializados, arguição da desigualdade dos trabalhos especializados, especificidade dos trabalhos especializados, flexibilidade da divisão do trabalho, autonomia técnica de caráter interdependente, autonomia técnica plena e ausência de autonomia técnica (PEDUZZI, 2001).

Refletindo sobre essas três diferentes formas de se comunicar estabelecidas pela autora podemos realizar uma reflexão de qual dessas seria coerente ao processo de EPS, tendo em vista que essa prima pelo estabelecimento das relações interpessoais e troca de saberes. Sendo assim, a comunicação é sem dúvida uma necessidade primordial para que a EPS se consolide nos espaços de trabalho, e a comunicação intrínseca ao trabalho favoreça consolidação de propostas e objetivos comuns e a efetivação da EPS nos serviços.

Um segundo parâmetro utilizado e discutido pela autora nos remete a elaboração de um projeto assistencial comum para uma equipe integradora, constituindo-se como eixo no qual se dá a dinâmica de trabalho e interação (PEDUZZI, 2001). Remetendo-se a equipe que estará realizando a EPS nos serviços de saúde, podemos identificar que essa também necessita formular coletivamente um plano de execução das ações de EPS, sendo que essas deverão abarcar tanto as necessidades da população, quanto a dos profissionais.

O quarto e o quinto parâmetro são discutidos conjuntamente pela autora, apresentados pela divisão do trabalho e diferenças técnicas, onde a primeira aborda a questão da profissão médica como fundadora da técnica científica moderna, sendo o núcleo original das outras especialidades; então aqueles que se agrupam ou se separam ao trabalho médico configuram diversas áreas profissionais da saúde, que possuem a mesma valorização

profissional. Todavia, a diferença técnica condiz com as diferentes áreas da saúde, as quais abarcam a desigualdade de valores e normas, hierarquizando e disciplinando as variadas técnicas profissionais (PEDUZZI, 2001).

Esses parâmetros são cruciais para o desenvolvimento da EPS, tendo em vista que se essa se desenvolve em um ambiente onde a divisão do trabalho é fortemente marcada pela diferença técnica dos saberes, o que poderá comprometer o potencial de integração da equipe se estas diferenças forem usadas como forma de poder, desvalorização de saberes e relações baseadas na mera transmissão de conhecimentos, rompendo assim com seus pressupostos. Nesse entendimento é necessário que a equipe esteja integrada, apesar da divisão inerente ao trabalho coletivo, de modo a compartilhar objetivos e planos de ação, pois somente assim poderá romper com a hegemonia de uma profissão sobre as outras e abarcar os pressupostos da EPS, enfatizando a interdisciplinaridade.

Os trabalhos especializados são discutidos correlatamente com a flexibilização da divisão do trabalho, apresentando o sexto e sétimo parâmetro adotado pela autora. A equipe não deve pressupor abolir as especialidades, pois essas são forma de qualificar o trabalho, porém favorecem a divisão do trabalho e as diferenças técnicas, assim o ponto forte se torna flexibilizar as diferenças, buscando a aproximação com a formação de uma equipe integração (PEDUZZI, 2001).

Essa mediação entre especialidades e diferenças técnicas está intrinsecamente abarcada nos pressupostos da EPS, sendo que essa também introduz a qualificação profissional por meio da vinculação ensino-serviço, onde se possa oferecer aos profissionais cursos de especializações e pós-graduação. Desse modo, torna-se fundamental a adesão à flexibilização da divisão do trabalho nos serviços de saúde, para que conflitos e atritos entre os sujeitos sejam evitados, assim como a desqualificação das ações de EPS nos serviços.

O último parâmetro discutido pela autora se trata da autonomia técnica, a qual é apresenta de três distintas formas: - na primeira o profissional busca a autonomia plena, almejando a maior independência possível para executar as suas ações; - na segunda, ignora completamente sua autonomia; na terceira, apreende um caráter interdependente de autonomia. A terceira diferenciação de autonomia é aplicada na equipe integração, pois os agentes agem por meio da complementaridade e colaboração, não havendo independência técnica, sendo que na equipe agrupamento os agentes agem de forma independente (PEDUZZI, 2001).

A partir destas questões refletimos em como a EPS se consolida nessas duas tipologias de equipe, e acreditamos que se implantada nos serviços de saúde, possa ser uma ferramenta chave para que se formule e instaure equipes de forma integradora, tanto quanto este tipo de equipe é também mediador para a consolidação da EPS. Seguindo essa linha de pensamento Colomé, Lima, Davis (2008) apontam que a articulação entre a equipe deve ocorrer em vários momentos, para promover a troca de pensamentos, informações e buscar soluções viáveis aos problemas dos usuários.

A equipe de saúde envolve profissionais distintos, os quais interagem em torno de um mesmo objetivo, por meio da troca de conhecimentos e vivências, buscam aderir as melhores formas de organização do trabalho e de interação, preservando a autonomia de cada sujeito. Essa é uma estratégia, concebida pelo homem, para melhorar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador.

A equipe interdisciplinar almejada nos serviços de saúde é delineada a partir do conceito de interdisciplinaridade, destacada como o trabalho onde diversas ações e disciplinas se complementam, as quais implicam condutas, valores, crenças, modos de relacionamento e de relações entre os sujeitos, envolve interações dinâmicas entre os saberes e deve ser entendida também como uma atitude de permeabilidade entre os diversos saberes e que pode auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado em um dado momento e espaço (BRASIL, 2009).

Sabemos que os serviços de saúde são cenários de relações entre múltiplos sujeitos e, quando se trata de trabalhadores, as formas de organizar o trabalho são fundamentais para os fins ou resultados alcançados. Sendo assim, aprofundamos as nossas discussões para a organização do processo de trabalho, para que possamos compreender e delinear algumas questões para a implantação da PNEPS.

Para entendermos a organização do trabalho em saúde, partimos da reflexão sobre o conceito de trabalho abordado por Karl Marx (p. 297, 1983), pelo qual, “o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza.” Nessa ação estão inseridos o objeto, os instrumentos, a finalidade e o produto final de sua ação, no trabalho em saúde o produto é consumido pelo próprio ser humano, não sendo algo palpável, mas sim abstrato.

Em vista desse modo capitalista de produção a organização do trabalho em saúde foi influenciada pelo modo de organização Taylorista, o qual visava o lucro, fragmentava o trabalho em especialidades e a divisão de tarefas (MATOS, 2006). Esse modo de organização do trabalho é fortemente aderido nas instituições no período em que foi difundido e ainda se apresenta nos dias atuais em inúmeras instituições como a primeira escolha para se organizar o trabalho.

Matos (2006) em seu estudo realizado com profissionais de saúde sobre a interdisciplinaridade na organização do trabalho aponta o processo de especializações como influenciador na divisão do trabalho, contribuindo para a fragmentação do objeto e da atividade assistencial prestada. Em contra partida nesse mesmo estudo a autora ressalta a atuação de uma equipe de enfermagem que atua por meio de uma divisão de trabalho no

qual os trabalhadores possuem maior participação nos processos decisórios, favorecendo a dinâmica nas relações interpessoais entre os integrantes, bem como percebem-se mais valorizados e respeitados criando um espaço de trabalho criativo na instituição.

A organização do trabalho não é apenas uma maneira de ser dividido ou ordenado o trabalho, mas sim envolve um conjunto de atividades executadas pelos trabalhadores que incluem as relações de trabalho e as relações hierárquicas. Pensar na organização do trabalho significa refletir em sua totalidade, seu contexto, inserção social e histórica (PIRES; GELBECKE; MATOS, 2004).

Em consonância com as autoras acredita-se que a organização do trabalho é um processo no qual promove o redimensionamento de pessoal, as tarefas, as relações interpessoais e as relações de poder. Esse processo pode ser desenvolvido de forma verticalizada, pela subordinação e controle de poder, ou de maneira horizontal, onde as relações interpessoais são enfocadas no espaço de trabalho e a organização ocorre por meio de acordos, discussões e reflexões entre os sujeitos envolvidos no contexto de trabalho.

Para Pires (1999) a organização do trabalho atual vem sofrendo uma ruptura do modelo taylorista, seguindo duas lógicas de organização do trabalho sendo, a primeira do trabalho profissional tipo artesanal e a segunda do trabalho parcelado da divisão manufatureira do trabalho. Essas convivem no mesmo espaço físico, havendo relações hierarquizadas entre elas, com pouco espaço para integração.

Nesse sentido, necessitamos refletir sobre essa divisão que afeta as relações entre os profissionais e a forma de produzir os resultados. A forma de organização do trabalho não é independente dos seus fins e não há como pensar em um novo modelo de atenção à saúde, se não forem repensadas as relações de trabalho, a divisão do trabalho, entre outros elementos que constituem a organização do trabalho.

Perante essa exposição podemos evidenciar que se a organização dos serviços pode ser construída de modo a integrar os saberes, se consolida uma prática integradora e gera ambientes participativos. Assim, é necessário refletirmos sobre a necessidade de estar consolidando esse modo de organização nos serviços de saúde, para que se possa romper com o modelo hierarquizado e verticalizado de saberes.

Nesse sentido a EPS fomenta a mudança no modelo organizacional, por meio da instituição das rodas de co-gestão, onde se possibilite a troca dos diversos conhecimentos e vivências, propondo uma organização horizontal entre os atores inseridos. Desse modo rompe-se com o modelo biomédico hegemônico e busca-se a consolidação da dinâmica de funcionamento do SUS, em modelo descentralizado, integralizado, universal, humanizado e compartilhado.

Conceito	Pontos-Chave	Questão norteadora	Método de Coleta
Educação Permanente em Saúde: Educação no trabalho, realizada por meio da problematização das necessidades da população. Deve ser significativa ao trabalhador, adotar metodologias ativas, que insiram esse no processo de ensinar – aprender. Tem como foco a equipe multiprofissional de saúde, essa deve elaborar seu plano de EPS a partir da realidade localregional. É uma ferramenta estratégica para transformar os processos formativos, as práticas pedagógicas e a organização dos serviços, articulando o sistema de saúde, suas esferas de gestão e as instituições formadoras. Tem caráter descentralizador, instituída por meio da co-gestão da roda.	- Educação no trabalho.	Como ocorrem as ações de EPS nos serviços de saúde?	<i>Observação direta e análise documental</i>
	- Focada na realidade localregional	Como a EPS é formulada e instituída nos serviços?	<i>Análise documental e entrevista semi-estruturada</i>
	-Estratégia para transformar os processos formativos, as práticas pedagógicas e a organização dos serviços	Que transformações são planejadas, estão em curso ou são visualizadas nos processos formativos, nas práticas pedagógicas e na organização dos serviços?	<i>Observação direta e entrevista semi-estruturada</i>
	- articula o sistema de saúde, suas esferas de gestão e as instituições formadoras.	Como se articulam as esferas de gestão do sistema de saúde, e as instituições formadoras?	
	- instituída por meio da co-gestão	Como são efetivadas as Rodas de co-gestão?	

<p>Problematização e Aprendizagem significativa: Problematizar a realidade vai além do simples fato de identificar os problemas nela existentes, mas sim busca nessa identificação a mudança no modo de agir e fazer saúde, visando à qualidade na atenção, a integralidade e humanização da assistência. A aprendizagem significativa está intrínseca no processo de problematização da realidade, pois quando problematizamos, nos inserimos na realidade, apresentamos nossa visão sobre ela, discutimos, refletimos e nos tornamos críticos, e assim trazendo o significado daquela aprendizagem para nossas vidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Instiga a reflexão sobre problemas concretos e busca a transformação da realidade - Efetivação por meio da práxis (ação-reflexão-ação). - Troca de saberes. - Conhecimentos prévios reconhecidos 	<p>Quais metodologias de ensino são utilizadas para a realização da EPS?</p> <p>São discutidos os problemas da comunidade nos momentos de EPS?</p> <p>Existe uma aplicabilidade na realidade local do que se aprende nos momentos de EPS?</p>	<p><i>Entrevista semi-estruturada.</i></p> <p><i>Entrevista semi-estruturada e observação direta.</i></p> <p><i>Entrevista semi-estruturada.</i></p>
<p>Equipe de saúde: A equipe envolve profissionais distintos, os quais interagem em torno de um mesmo objetivo, por meio da troca de conhecimentos e vivências, buscam aderir as melhores formas de organização do trabalho e de interação, preservando a autonomia de cada sujeito. A equipe é uma estratégia, concebida pelo homem, para melhorar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe multiprofissional, composição e variedade de especialidades. - Projeto assistencial comum entre os trabalhadores. - Flexibilização entre as diferenças técnicas e os trabalhos especializados. - Autonomia técnica (interdependente, plena ou ausente) 	<p>Quem são os integrantes da equipe de saúde?</p> <p>Como se dá a comunicação e as relações entre os integrantes da equipe no processo de EPS?</p> <p>Como ocorre a elaboração do projeto de EPS entre os profissionais?</p> <p>- Como as especificidades das especialidades e a divisão do trabalho são mantidas ou flexibilizadas?</p> <p>- Como se expressa a autonomia dos membros da equipe?</p>	<p><i>Análise documental</i></p> <p><i>Observação direta e entrevista semi-estruturada.</i></p> <p><i>Entrevista semi-estruturada e análise documental.</i></p> <p><i>Entrevista semi-estruturada e observação direta.</i></p> <p><i>Observação direta</i></p>
<p>Organização do trabalho: A organização do trabalho é um processo no qual promove o redimensionamento de pessoal, as tarefas, as relações interpessoais e as relações de poder. Esse</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Redimensionamento de tarefas e dos sujeitos. - Organização verticalizada ou horizontal. 	<p>- Como os profissionais de saúde estão organizados no processo de EPS?</p> <p>- Como ocorre as ações de EPS entre os diversos profissionais?</p>	<p><i>Análise documental e Observação indireta.</i></p> <p><i>Observação direta.</i></p>

<p>processo pode ser desenvolvido de forma verticalizada, pela subordinação e controle de poder, ou de maneira horizontal, onde as relações interpessoais são enfocadas no espaço de trabalho e a organização ocorre por meio de acordos, discussões e reflexões entre os sujeitos envolvidos no contexto de trabalho.</p>	<p>- Relação de poder. -Ações compartilhadas</p>		
--	--	--	--

Quadro 1 - Matriz analítica construída a partir do referencial teórico.

Fonte: BARTH, P.O., 2012.

A formulação dessa matriz buscou de forma sintética abordar os principais pontos levantados no referencial teórico sobre a Política Nacional de EPS, o que auxiliou na construção dos instrumentos de coleta de dados, bem como na análise dos achados desse estudo.

CAPÍTULO 4 - TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A abordagem metodológica utilizada no estudo foi o Estudo de Caso, descrito por Yin (2010), com enfoque descritivo exploratório e abordagem qualitativa. O estudo de caso pode ser aplicado para objetos que se constituem como caso único ou em casos múltiplos, e que pode se utilizar de diferentes instrumentos de coleta de dados e processo de análise.

Um estudo de caso único pode ser importante na contestação ou confirmação de uma teoria, ou quando representa um caso raro, ou quando o pesquisador tem a oportunidade de observar e analisar um fenômeno previamente inacessível, desse modo exige-se uma investigação cuidadosa, minimizando uma representação equivocada e maximizando um espaço para a coleta dos dados. O estudo de casos múltiplos possui a mesma estrutura metodológica que a de casos únicos, as provas dos casos múltiplos são vistas como mais convincentes, para a amostra dos casos múltiplos segue-se a lógica da replicação e não da amostragem (YIN, 2010).

O autor supracitado afirma que o estudo de caso é a estratégia preferida para responder as questões como e por que, bem como o seu foco se dá em fenômenos contemporâneos, os quais se tem a necessidade de investigá-los preservando suas características holísticas e significativas da vida real. Visto que o fenômeno investigado foi uma política pública, que está inserido em um contexto social e contemporâneo podemos afirmar que a estratégia do estudo de caso é a escolha ideal para o desenvolvimento da pesquisa.

“Um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.” (YIN, p. 32, 2010).

O presente estudo de caso teve como questão: Quais as concepções e práticas de EPS, na perspectiva e experiências de coordenadores de Centros de Saúde no município de Florianópolis/SC? As proposições são identificadas para dirigir o estudo no caminho certo, no caso estas se expressam no referencial da PNEPS, em especial seus pressupostos. As unidades de análise estão relacionadas com o objeto de pesquisa, constituintes das concepções e práticas de EPS, segundo os sujeitos. Obviamente que estas grandes unidades se desdobram em categorias teóricas (relacionada à matriz analítica, com conceitos pré-definidos pelo marco conceitual – PNEPS) e em categorias empíricas (derivadas dos dados empíricos e ordenada em sub-categorias). Para a definição das categorias teóricas ou matriz analítica partiu-se do resgate histórico da EPS, a aprendizagem significativa e problematização, a equipe de saúde e a organização do trabalho. A lógica articuladora das proposições, critérios de interpretação e dados do estudo ocorre pela ideia da adequação, onde várias partes da mesma informação são relacionadas à mesma proposição teórica. Isso foi realizado pela formação das categorias principais do estudo, construção dos diagramas expostos nos resultados e cotejamentos dos achados com a matriz analítica e referencial da PNEPS. Os critérios de interpretação representam a aplicação da matriz analítica e referencial teórico ao processo de abordagem dos achados, estes formados pelas subcategorias, intrínsecas às categorias principais, definindo diferentes padrões, contrastando subcategorias de forma clara e concisa.

4.1 LOCAL E PARTICIPANTES DA PESQUISA

O local da pesquisa foi o município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina - Brasil, situa-se no litoral e conta com uma parte insular (ilha de Santa Catarina) e outra parte continental incorporado à cidade em 1927, com a construção da ponte pênsil Hercílio Luz - 820 m de comprimento - que ligou a ilha ao continente. Encontra-se aproximadamente entre 20 e 40 metros de altitude, possui um clima subtropical úmido, que se caracteriza pela alternância de verões e invernos, e farta distribuição anual de chuvas, se estabelece pelo conjunto de suas 42 praias (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2011c).

Da mata subtropical, que a revestia originalmente, resta muito pouco, devido à pequena lavoura de subsistência e culturas permanentes, promiscuamente associadas pela população rural, que tem na pesca parcela importante de sua atividade. O plano da cidade originou-se a partir da Praça XV de Novembro, que se estende até o pé da colina onde se eleva a catedral, a articulação dos bairros e subúrbios faz-se através de ruas ou avenidas, de longo e sinuoso traçado, entre o mar e as encostas dos morros (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2011c).

Florianópolis é uma das três capitais insulares do Brasil, a qual vem se firmando cada vez mais como centro de turismo, graças às praias (Jurerê, Canasvieiras, Ingleses, Armação, e outras) que circulam a ilha e à beleza da Lagoa da Conceição, a 13 Km de distância do centro. Nos arredores da lagoa, são características as rendas de bilros, de tradição açoriana, entre os monumentos históricos da cidade, destacam-se a casa de Vitor Meireles, os fortes e a catedral metropolitana (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2011c).

O quadro 2 apresenta a relação da situação epidemiológica de mortalidade do município de Florianópolis, em uma série histórica de 10 anos (2000 a 2010) .

Óbitos (causa)		Idade
Doenças do	Aparelho Circulatório	80 anos
Neoplasias		80 anos
Causas externas		20 á 29 anos

Quadro 2: Situação Epidemiológica do Município de Florianópolis de 2000 à 2010.
Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2010.

O quadro 3 apresenta a morbidade hospitalar do município de Florianópolis, pela causa e faixa etária.

Morbidade (causa de internação hospitalar)	Faixa Etária
Gravidez, Parto e Puerpério	20 à 29 anos
Doenças do Aparelho Circulatório	50 à 69 anos
Lesões por envenenamento e alguma outra causa externa	20 á 29 anos

Quadro 3: Apresenta a morbidade hospitalar do município de Florianópolis.
Fonte: Florianópolis, 2010.

O município de Florianópolis consta com uma população de 421.240 habitantes, sendo que essa é em sua maioria do sexo feminino em um total de 218.193/habitantes e do sexo masculino 203.047 habitantes (IBGE, 2011). Esse consta com um Plano Municipal de Saúde, o qual se insere planejamento de ações de EPS para os serviços do município e as metas almeçadas, bem como todo o planejamento da saúde em si.

No contexto das ações de EPS, o Estado de Santa Catarina consta com 15 Comissões Permanentes de Integração Ensino – Serviço (CIES) a abrangência de municípios e a sede está descrito no quadro abaixo.

Quadro 4. Distribuição das CIES do Estado de Santa Catarina, o número de municípios de abrangentes e o seu município sede.

CIES	Número de municípios abrangentes	Município Sede
Norte	13	Maíra
Planalto Serrano	18	Lages
Alto Vale do Itajaí	28	Rio do Sul
Médio Vale do Itajaí	16	Blumenau
Alto do Rio do Peixe	19	Videira
Alto do Rio Uruguai	16	Concórdia
Meio Oeste	20	Joaçaba
Extremo Oeste 01	30	São Miguel do Oeste
Extremo Oeste 02 e 03	46	Chapecó e Xanxerê
Extremo Sul	15	Araranguá
Carbonífera	11	Criciúma
Laguna	17	Tubarão
Nordeste	13	Joinville
Grande Florianópolis	22	Florianópolis
Foz do Vale do Itajaí	19	Itajaí

Quadro 4. Distribuição das CIES do Estado de SC e seus respectivos municípios sedes.
Fonte: Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. 2009.

O município de Florianópolis está articulado à CIES da Grande Florianópolis, onde essa é formada pelos gestores de saúde municipal e estadual, gerência regional de saúde, hospitais do SUS, escola de formação em saúde, escola de saúde pública, universidades públicas e privadas, conselhos municipais de saúde e técnicos municipais de saúde, podendo haver a participação de outras representações cabendo ao Conselho Gestor Regional (CGR) a deliberação dessas (CIES – GRANDE FLORIANÓPOLIS, 2009). Essa por sua vez tem como competências:

Propor participar e avaliar as ações de Educação Permanente promovidas em sua área de abrangência, de acordo com prioridades/linhas de atuação definidas pelo CGR; Planejar, programar e acompanhar a execução da proposta orçamentária da sua abrangência; Encaminhar, quando for solicitado, relatório das atividades desenvolvidas em sua área de abrangência; Participar das reuniões e oficinas de trabalho promovidas pelo Fórum de CIES;

Analisar e emitir parecer junto ao CGR a respeito de matrizes curriculares de cursos de formação em nível técnico, superior e de pós-graduação voltados para o SUS, quando solicitado; Articular movimentos sociais, serviços e instituições formadoras, estimulando a Educação Permanente em Saúde; Encaminhar ao CGR a solicitação da participação de outras entidades na sua constituição; Promover permanentemente os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade; Valorizar os pressupostos de acolhimento, vínculo, autonomia e resolutividade, essenciais para a integralidade; Elaborar projetos no âmbito da Educação Permanente em Saúde, na sua abrangência, aptos a utilizar recursos públicos, de acordo com as prioridades definidas pelo CGR (CIES – GRANDE FLORIANÓPOLIS, p.4, 2009).

O município de Florianópolis possui uma Política Municipal de EPS, a qual traz como princípios fundamentais: ter enfoque humanístico, democrático, crítico e participativo, valorizar o conhecimento como instrumento de desenvolvimento da gestão, da assistência e da vigilância em saúde. Tem como objetivos: Implementar a EPS com ênfase no aprimoramento das práticas profissionais para a melhoria da qualidade de saúde da população; Desenvolver a EPS na perspectiva de compreensão ampliada do conceito saúde/doença; Detectar as prioridades locais de EPS, além de observar as prioridades do Pacto pela Saúde; Apoiar a formação, atualização, qualificação, participação, intercâmbio e informação dos saberes dos profissionais de saúde da SMS; Fomentar a pesquisa em saúde e sua divulgação (SECRETARIA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2012b).

Vale ressaltar que no ano de 2010 a Prefeitura Municipal de Florianópolis por meio da Portaria nº 037/2010 instituiu o Núcleo de Educação Permanente em Saúde, o qual consta com uma equipe multidisciplinar, composta pelos seguintes profissionais, médico, enfermeiro, assistente social e farmacêutico. Esse núcleo tem como finalidade estabelecer diretrizes e estratégias para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, além de construir coletivamente a Política de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde, promover a qualificação profissional inter e intra-institucional, entre outras estratégias e diretrizes (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2010).

Além disso, o município de Florianópolis consta com uma Rede Docente Assistencial (RDA) que tem como objetivo principal: Subsidiar a formação e capacitação de profissionais no âmbito da saúde, através de programas articulados entre a UFSC e a SMS, numa perspectiva humanista, de excelência técnica e num contexto interdisciplinar, favorecendo a ampliação da atenção à saúde de qualidade e propiciando a formação dos profissionais da saúde voltada para os princípios do SUS. Essa é constituída pela integração entre UFSC (Centro de Ciências da Saúde, Hospital Universitário e outras unidades de ensino que atuam na área da saúde) e pela Secretaria da Saúde de Florianópolis, através de sua rede de Unidades de Saúde, Níveis de Gestão Regional e Central (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012a).

A organização da atenção primária à saúde está dividida entre os Distritos Sanitários de Saúde tendo um total de cinco distritos, tais sejam, o Distrito Sanitário Centro, o Distrito Sanitário Continente, o Distrito Sanitário Leste, o Distrito Sanitário Norte e o Distrito Sanitário Sul. Abaixo o quadro com o quantitativo de centros de saúde, Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2011a).

Distrito	Centros de Saúde	ESF	ESF com saúde bucal modalidade I	ESF com saúde bucal modalidade II	EACS
Norte	11	21	4	1	1
Sul	13	23	12	2	2
Centro	5	17	6	-	-
Continente	11	26	12	3	1
Leste	9	19	9	1	2

Quadro 5 - Quantitativo de equipes distribuídas no município de Florianópolis/SC.

Fonte: Prefeitura Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão. 2010.

Dentre os 9567 profissionais cadastrados nos Estabelecimentos de Saúde do município- SCNES de Florianópolis, públicos e não públicos há 6654 que estão na base de dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde municipal, representando 69,58% do total de profissionais cadastrados no SCNES. E dentre os 9567 profissionais cadastrados nos Estabelecimentos de Saúde do município de Florianópolis há 5677 que são profissionais SUS e tem vínculo empregatício, representando 59,34 % do total (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2011a).

Dentre os 5677 profissionais que atuam no SUS com vínculo empregatício, há 1810 que apresentam a modalidade de vínculo a confirmar, ou seja, constam sem tipo e esse tipo de vínculo pode ser do tipo estatutário, emprego público, contrato por prazo determinado, cargo comissionado, celetista ou outro, representando 31,88 % do total. Em uma série histórica do número de profissionais de saúde de 2004 a 2010, aumentou de 655 para 2305 profissionais, o que representa um aumento de 352% no quadro de profissionais que atuam no SUS, porém de 2009 para 2010, houve perda de 41 profissionais (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2011a).

O estudo de caso único segue a lógica de amostragem, e para isso utilizaremos a amostragem intencional, onde o pesquisador seleciona os membros da amostra, decidindo propositalmente a seleção dos participantes que

estão inseridos no fenômeno a ser estudado. Essa amostragem é usada com frequência quando os pesquisadores necessitam de respostas de especialista, sendo no caso desse estudo de participantes que se inserem nas ações de EPS (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A escolha por esse tipo de amostragem se deu ao fato de necessitarmos de informações precisas sobre o fenômeno a ser estudado, sendo necessária a participação de pessoas que estejam inseridas no fenômeno e que atuem nele. Assim essa amostragem nos permitirá uma visão mais refinada sobre o fenômeno estudado, bem como uma profundidade para a coleta dos dados.

Os critérios para inclusão na amostra foram: ser coordenador e estar atuando há um ano no centro de saúde e ter sido indicado pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde do município de Florianópolis/SC, por ser reconhecido como profissional que participa e tem conhecimento das atividades ali desenvolvidas, aceitar a participar do estudo;

Buscou-se atender ao equilíbrio na composição intencional da amostra, em termos de representatividade dos Distritos Sanitários, para isso foram incorporados ao menos 3 coordenadores do Distrito Norte, 3 do Distrito Sul, 3 do Distrito Leste, 3 do Distrito Continente e 2 do Distrito Centro. O número total de participantes foi definido de acordo com a saturação qualitativa dos dados, sendo preservado o número mínimo de 14 sujeitos, para tanto com a saturação dos dados foram entrevistados 15 coordenadores, sendo o 15º coordenador do distrito sanitário norte.

4.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A utilização de diversas fontes para a coleta de dados é fundamental para a realização do estudo de caso, devendo ser seguido três princípios para a coleta, quais sejam: utilizar várias fontes de evidências sendo a principal vantagem dessa a criação de linhas convergentes de investigação; criar um banco de dados formal e apresentável, não se limitando apenas a relatórios, mas a notas de observações, entrevistas, documentos, tabelas narrativas ; manter o encadeamento de evidências, permitindo que um observador externo indique se o processo está claro para a realização do estudo de caso (YIN, 2010).

A triangulação dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, observação direta e análise documental.

Preliminarmente ao contato com os sujeitos participantes, foi realizado contato com o coordenador da Rede Docente Assistencial, apresentando a proposta de pesquisa, discutindo-a e deixando aberta a possibilidade de sugestões. O primeiro contato com os participantes da pesquisa foi feito diretamente pela pesquisadora com um informante chave pertencente ao Núcleo de EPS do município de Florianópolis. Após o contato com esse informante seguiu-se a primeira etapa da coleta de dados qual seja, a entrevista semiestruturada, com os coordenadores dos centros de saúde indicados.

A coleta ocorreu nos meses de janeiro à abril de 2012, iniciando pela entrevista semiestruturada com 15 coordenadores dos centros de saúde de Florianópolis/SC, que foi finalizada quando se observou a saturação qualitativa dos dados. Após a entrevista era agendado a participação como observadora direta das reuniões de EPS que se desenvolviam nos centros de saúde. Finalmente, a coleta foi complementada e finalizada com a análise documental dos registros dessas reuniões, de cursos, treinamentos, cronogramas e planejamento estratégico dos centros de saúde. A coleta dos dados foi desenvolvida estritamente pela acadêmica pesquisadora.

4.2.1 Entrevista Semiestruturada

A entrevista semiestruturada permite ao pesquisador que aborde o seu tema de forma participativa e tendo um instrumento de coleta que o auxilie para a condução das questões pertinentes ao seu estudo. A entrevista semiestruturada é flexível e oferece um conjunto de questões de ordem específicas que pode ser tratada de várias maneiras (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A entrevista semiestruturada é usada nas pesquisas qualitativas pelo fato de conduzir os respondentes a dimensões as quais são essenciais para eles, do mesmo modo que são usadas quando o pesquisador não possui uma ideia clara do seu objeto de estudo. Essa é utilizada através de tópicos dos quais querem abordar, onde a função do pesquisador é de estimular a dialogar espontaneamente sobre os tópicos abordados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para a realização da entrevista semiestruturada com os coordenadores seguiu-se um roteiro pré formulado pelo pesquisador, o qual está inserido em APÊNDICE 3. Utilizou-se de um gravador digital para permitir a imediata transcrição na íntegra de cada entrevista, de modo a garantir maior fidedignidade aos dados, depois da entrevista era questionado ao coordenador se haveria a possibilidade de participar de uma reunião de EPS para realizar a observação direta, sendo que dos 15 coordenadores apenas 06 estavam realizando reuniões de EPS no período de coleta de dados (janeiro à abril de 2012). Nas reuniões era solicitado ao coordenador quaisquer tipo de documentos relacionados a EPS dos centros de saúde para realizar a análise documental, sendo que dos seis centros observados apenas 05 possuíam documentos acessados na análise documental.

4.2.2 Observação Direta

A observação é um método utilizado para reunir informações sobre as atividades dos indivíduos, a comunicação verbal e não verbal, as condições ambientais e dos indivíduos. Na observação os pesquisadores possuem maior flexibilidade em relação ao foco a ser definido, a dissimulação, a duração do período de observação e o método de registros, os quais podem ser feitas por meio dos sentidos e após registrados por escritos ou usar de equipamentos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A observação pode ser realizada de forma participante, não participante e sigilosa, sendo essa última técnica não muito utilizada devido a seus questionamentos éticos. Para o desenvolvimento dessa pesquisa optou-se por realizar a observação direta (YIN, 2010), que pode se focar tanto em atividades formais como informais, sendo válido que se tenha um protocolo para o delineamento das observações. Este tipo de observação proporcionou maior credibilidade e confiabilidade para a triangulação dos dados.

A observação direta ocorreu em 6 reuniões de EPS em seis centros de saúde distintos, sendo válido ressaltar que em nenhuma reunião observou-se qualquer desconforto por parte dos profissionais causado pela presença da observadora. No início da reunião era feita a apresentação da pesquisadora e o motivo da presença naquela reunião. Para auxiliar na observação utilizou-se de um instrumento de coleta de dados apresentado no APÊNDICE 4, salientando que esse foi utilizado antes de começar as reuniões e durante as mesmas, utilizou-se de um diário de campo, anotando cuidadosamente alguns aspectos importantes, para não causar inibição dos profissionais. Este diário recebia anotações complementares logo após o término da reunião.

As observações tiveram os seguintes participantes presentes e tempo médio de duração conforme quadro abaixo.

Observação	Participantes	Tempo médio de duração
Observação 01	Enfermeiros, Odontólogos, Técnico de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Médicos e Profissionais do setor administrativo.	04 horas.
Observação 02	Enfermeiros, médicos, farmacêuticos, acadêmicos de medicina e Agentes Comunitários de Saúde.	02:30 horas.
Observação 03	Enfermeiros, médicos, assistentes sociais, acadêmicos de enfermagem, medicina e nutrição, residentes de enfermagem e medicina, farmacêuticos, nutricionistas, odontólogos, técnicos de enfermagem e profissionais do setor administrativo.	03 horas.
Observação 04	Enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, odontólogos, agentes de endemias e profissionais do setor administrativo.	04 horas.
Observação 05	Médicos e Enfermeiros	02:30 horas.
Observação 06	Enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, odontólogo, profissionais do setor administrativo e profissionais da limpeza.	04 horas.

Quadro 6- Apresentação dos participantes das reuniões e tempo médio de duração.

Fonte: BARTH, P.O., 2012.

4.2.3 Análise Documental

Análise documental é um instrumento investigativo para obter informações importantes em diversos documentos, como cartas, memorandos, relatórios, atas, estudos de avaliação, recortes de jornais, artigos entre outros. É necessário que os documentos não sejam vistos como literais aos fatos, pois esses podem ter sido editados em sua transcrição, sendo que o uso mais importante desses documentos são para corroborar e valorizar evidências de outras fontes, sendo possível realizar inferências a partir dos documentos (YIN, 2010).

Os documentos em pesquisa devem ser apreciados e valorizados, a riqueza de informações que deles podemos extrair e resgatar justifica seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, p. 2, 2009).

A análise documental serviu como suporte para confrontar com os resultados obtidos nas entrevistas e nas observações. Foram realizadas 5 análises documentais, tendo em vista que um centro de saúde não possuía nenhum documento sobre as suas atividades de EPS. Foram analisados documentos como as atas das reuniões de EPS, agendas, planejamento estratégico da unidade, cronogramas de cursos e treinamento, disponíveis nos centros de saúde que realizou-se as observações. Esta análise se estruturou a partir de um roteiro, o qual está inserido em APÊNDICE 5.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise seguiu os caminhos descritos pelo estudo de caso por meio de proposições teóricas e o desenvolvimento de uma estrutura descritiva de um caso, à luz dos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (YIN, 2010). O primeiro momento da análise ocorreu pela transcrição na íntegra das entrevistas e a leitura prévia dessas, reconhecendo-se alguns elementos-chaves, e os agrupando-os identificando com cores diferentes para adequar padrões.

O segundo momento desenvolveu-se pela leitura ampliada dos depoimentos, das notas de observação e das notas de análise documentais, re-identificando os elementos-chaves e os sinalizando com cores. Nessa etapa os elementos-chaves são analisados profundamente a partir das unidades de análises expostas na matriz analítica no referencial teórico deste estudo. Com os elementos-chaves agrupados ocorreu a construção de três principais categorias, tais sejam, *Concepções de EPS, Práticas de EPS e EPS potencialidades e desafios com órgãos gestores, ensino e equipes de saúde*; essas categorias foram construídas a partir das proposições da pesquisa. A construção ilustrativa e organizacional dessas categorias foi realizada por meio de diagramas, os quais facilitaram no agrupamento e ligação dos elementos-chaves.

Em um último momento realizou-se a composição de uma estrutura descritiva, essa por sua vez é relativa a análise descritiva das interpretações das pesquisadoras, promovendo o diálogo entre dados empíricos (ilustrados pelas falas dos participantes), matriz analítica, referencial da PNEPS e literatura. Assim, a análise, em sua fase final, é enriquecida pela utilização de outros estudos e dos próprios pressupostos expressos na PNEPS, para corroborar ou apontar limites às interpretações da pesquisadora.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS QUE ENVOLVEM A PESQUISA

A fim de contemplar as exigências da Resolução 196/96, o referido projeto foi encaminhado para a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, sendo aprovado pelo Parecer n. 2340/2011, mediante prévio encaminhamento e aprovação pela coordenadora da Rede Docente Assistencial de Florianópolis.

Em seguida, foi entrado em contato com o Coordenador do Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Florianópolis/SC, o qual repassou a declaração de aprovação da Rede Docente Assistencial aos participantes. O contato via telefone com os participantes foi realizado pela pesquisadora, que esclareceu a esses os objetivos da referida pesquisa e a importância da participação desses. Após a concordância foi agendada a data, hora e local de preferência do participante para realizar a entrevista, sendo neste dia assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) em duas vias, ficando uma para o participante e outra para a mestranda.

Foi garantido o anonimato dos sujeitos investigados, assim como respeitado a decisão de desistência por parte dos pesquisados conforme o termo de consentimento livre e esclarecido. Todos os instrumentos de coleta de dados usados na pesquisa serão guardados por cinco anos com o orientador da mestranda e após serão incinerados. Para a garantia do anonimato foram usadas letras e números para identificar as entrevistas, as observações e as análises documentais, sendo referido aos coordenadores a letra C e em seguida um número em ordem crescente (C1,C2,C3,C4,...), para as observações a letra O e em seguida um número em ordem crescente (O1,O2,O3,...) e para as análises documentais a letra D e em seguida um número em ordem crescente (D1,D2,D3,...).

CAPÍTULO 5 - RESULTADOS

Os resultados encontrados nesse estudo são frutos da triangulação de dados, obtidos pela análise da entrevista semiestruturada, a observação direta e análise documental. Em um primeiro momento será apresentado a caracterização dos coordenadores de saúde, onde foi identificado seu tempo de atuação e categoria profissional e após as categorias que emergiram da análise da triangulação dos dados, as quais geraram dois manuscritos.

A Tabela 3 apresenta a relação das categorias profissionais que atuam como coordenadores dos centros de saúde de Florianópolis/SC pesquisados neste estudo.

Categoria Profissional	N	%
Enfermeiro	8	53,34
Odontólogo	5	33,33
Médico	2	13,33
Total	15	100%

Tabela 3 - Relação dos coordenadores sujeitos do estudo por categoria profissional. Florianópolis, 2012.

Fonte: BARTH, P.O., 2012.

Pode-se evidenciar que a maioria dos coordenadores entrevistados são enfermeiros, categoria essa que possui em sua formação a coordenação e gerência da saúde. As linhas de trabalho desse profissional o fazem aptos e capacitados há ocuparem cargos de coordenação e gerência em centros de saúde e órgãos gestores. No estudo de Alves, Penna, Brito (2004) também encontram o profissional enfermeiro assumindo a maioria dos cargos de gerência de unidades básicas de saúde (UBS) do município de Belo Horizonte – Minas Gerais. As autoras destacam o fato do profissional médico que antes ocupava esse cargo de gerência, não deter de tempo disponível para realizá-lo sendo exercida por outros profissionais, inicialmente de modo informal e, pouco a pouco, perdendo espaço nessa atuação. Por outro lado, o fato dos cursos de graduação em enfermagem serem dos poucos a ofertar o ensino de administração em sua grade curricular, acabam por dar maior respaldo para assumir cargos gerenciais, atuando como elo de ligação com a comunidade e com a equipe de saúde.

A Tabela 4 apresenta a relação do tempo de atuação dos participantes da pesquisa como coordenadores dos centros de saúde.

Tempo de atuação	N	%
De 1 á 3 anos	7	46,67
De 4 á 7 anos	7	46,67
De 8 á 10 anos	1	6,66
Total	15	100

Tabela 4 - Apresentação do tempo de atuação dos coordenadores dos centros de saúde de Florianópolis/SC.

Fonte: BARTH, P.O., 2012.

O tempo de atuação desses profissionais como coordenadores dos centros de saúde centrou-se entre 1 á 3 anos e 4 á 7 anos, o que pode-se relacionar a duas vertentes distintas, a primeira pela a existência de mudanças de gestão há cada 4 anos no âmbito municipal, podendo prejudicar a organização do centro de saúde, destituindo-se de projetos que auxiliam no bom andamento da gestão, e a segunda como sendo uma boa forma de renovação, quando não se está desempenhando uma coordenação adequada. Em um estudo desenvolvido para caracterizar o perfil dos gerentes de UBS, Alves, Penna e Brito (2004) encontraram o tempo de permanência média dos gerentes de 5 anos, e constatam que a baixa rotatividade desses influencia no estabelecimento de contato mais eficaz com a comunidade, na continuidade de projetos e salientam que o cargo de gestor de um centro de saúde não está mais sendo designado á profissionais ligados á instituições partidárias, mas sim indicado á profissionais qualificados para esse.

A partir da análise realizada pode-se elaborar três grandes categorias, quais sejam, *Concepções de EPS, Práticas de EPS e EPS potencialidades e desafios com órgãos gestores, ensino e equipes de saúde*. Essas se desmembraram em subcategorias, as quais serão apresentadas nos diagramas abaixo. As categorias Concepções de EPS e Práticas de EPS serão discutidas no manuscrito 2 intitulado: Concepções e Práticas de EPS sob a ótica de coordenadores de saúde; e a categoria EPS potencialidades e desafios com órgãos gestores, ensino e equipes de saúde está discutida no manuscrito 3 intitulado: EPS e suas interfaces com o ensino e a gestão: a visão dos coordenadores de saúde.

O diagrama 3 apresenta a divisão da categoria Concepções de EPS em duas subcategorias.

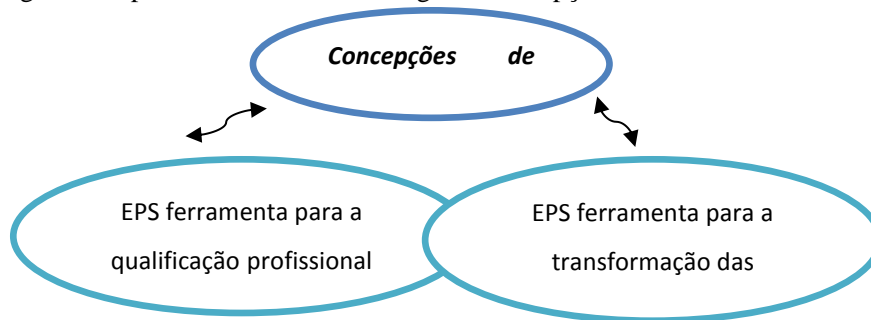
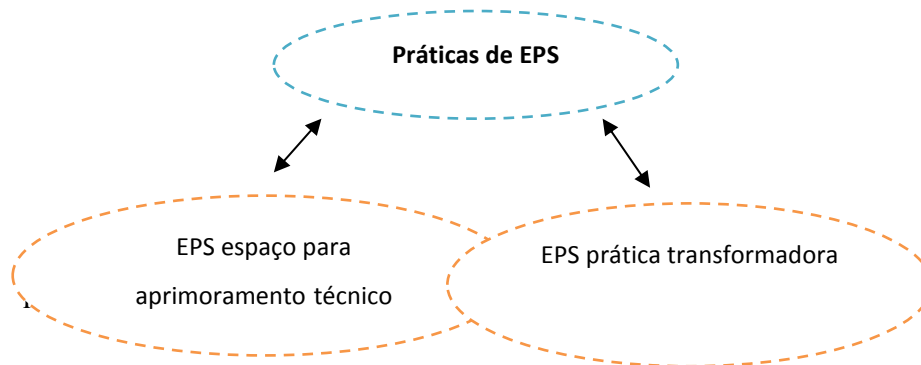


Diagrama 3 - Divisão da categoria Concepções de EPS.
Fonte: BARTH, P.O.; RAMOS, F.R.S., 2012.

A subcategoria que teve maior abordagem foi a Educação Permanente em Saúde ferramenta para a qualificação profissional, expressa no depoimento de oito coordenadores, os quais retratam uma educação direcionada a conhecimentos específicos, realizada de forma vertical e a categorias específicas. A segunda subcategoria EPS ferramenta para a transformação das práticas em saúde, é expressa em sete depoimentos com o enfoque na troca de saberes e experiências, em realizar a EPS a partir das necessidades da comunidade, dos profissionais e dos serviços de saúde.

O diagrama 4 apresenta a subdivisão da categoria Práticas de EPS em duas subcategorias.



Nessa categoria a subcategoria que obteve maior destaque foi a EPS pratica transformadora com a descrição de práticas de EPS voltadas para as necessidades dos profissionais e com o propósito de transformar a realidade local, essas características estiveram presentes em nove depoimentos, em três observações e duas análises documentais. A segunda subcategoria EPS espaço para aprimoramento técnico apresentaram aspectos relacionados ao repasse de informações, atualizações de conhecimentos científicos, sendo desenvolvida em momentos que favoreciam a verticalização dos saberes e centrada em formas de cursos específicos.

O diagrama 5 expressa as subdivisões da categoria EPS potencialidades e desafios com órgãos gestores, ensino e equipes de saúde, a qual ocorreu pela análise das entrevistas, observação direta e análise documental.

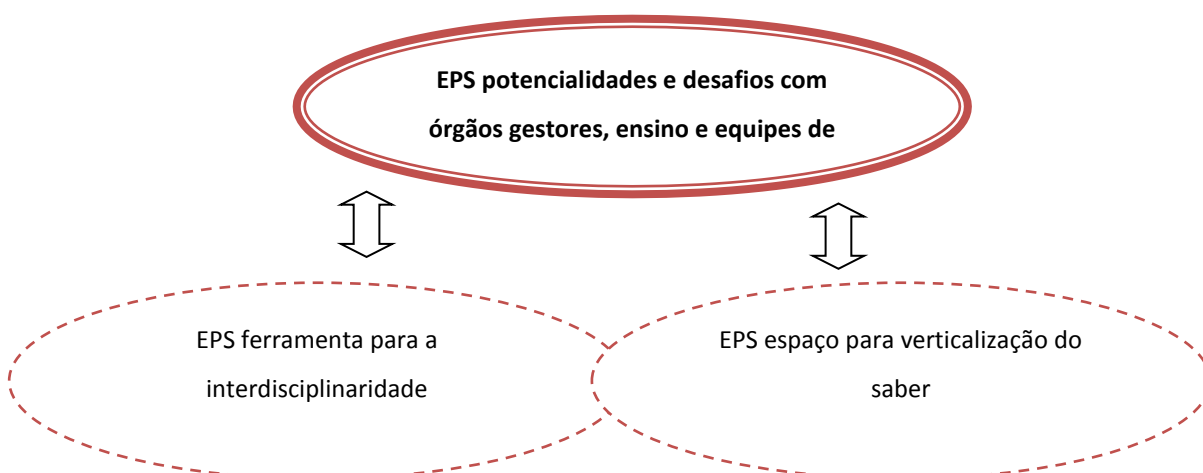


Diagrama 5 - Subdivisão da categoria EPS potencialidades e desafios com órgãos gestores, ensino e equipes de saúde .

Fonte: BARTH, P.O., 2012.

A subcategoria que teve maior ênfase foi a EPS ferramenta para a interdisciplinaridade, a qual esteve presente nas falas de dez coordenadores, em quatro observações e quatro análises documentais, abordando questões da participação do ensino no processo de desenvolvimento da EPS nos serviços, dos órgãos gestores e da interdisciplinaridade. A subcategoria EPS espaço para verticalização do saber, elucida questões da participação do ensino e dos órgãos gestores na transmissão de conhecimento científico específico, desvinculados as necessidades reais dos profissionais de saúde.

Conforme exigência do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da Instrução Normativa 06/PEN/2009 o material produzido como resultados desta dissertação, após a análise da banca, será submetido para avaliação a fim de publicação em diferentes periódicos científicos da área da saúde.

5.1 MANUSCRITO 2 - CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE SOB A ÓTICA DE COORDENADORES DE SAÚDE

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE SOB A ÓTICA DE COORDENADORES DE SAÚDE

RESUMO: Introdução: A Educação Permanente em Saúde (EPS) torna-se política pública no âmbito de Sistema Único de Saúde no Brasil, em 2004, o que passa a exigir novas práticas e compromissos por parte dos serviços e dos profissionais. Objetivo: Analisar as concepções e práticas de EPS a partir da experiência dos coordenadores de centros de saúde à luz dos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Métodos: Estudo de caso com abordagem qualitativa, desenvolvido em centros de saúde de uma capital do sul do Brasil, com participação de 15 Coordenadores. A coleta dos dados por triangulação incluiu entrevistas, observação direta e análise documental. Os dados foram analisados à luz do referencial da Política Nacional de EPS. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEPH /UFSC - Parecer 2340/2011). Resultados: foram sintetizados em três grandes categorias: 1) Concepções de EPS; 2) Práticas de EPS; 3) EPS interface com a interdisciplinaridade, órgãos gestores e ensino, salienta-se que nesse artigo será discutido as duas primeira categorias. A primeira teve o enfoque na EPS como ferramenta para a qualificação profissional e para a transformação das práticas em saúde. A segunda permeou práticas que utilizavam do espaço da EPS para o desenvolvimento do aprimoramento técnico científico e para a transformação dos serviços, por meio da troca de saberes e vivências e das necessidades dos profissionais e usuários. Considerações Finais: Ressalta-se a necessidade de ampliar a discussão sobre a EPS nos serviços de saúde, visto que ainda é presente a concepção de educação tecnicista, centrada em conhecimentos específicos e utilizados em relações verticalizadas. Contudo, mostra-se a relevância da EPS quando implantada nos moldes dos preceitos da política nacional, por seu potencial de mudanças nos serviços, de fortalecimento das relações entre categorias profissionais e destes com os usuários, qualificando o cuidado prestado à população.

Palavras-chave: Educação Continuada, Educação Permanente em Saúde, Profissionais da Saúde.

CONCEPTS AND PRACTICES OF PERMANENT EDUCATION IN HEALTH UNDER PERSPECTIVE OF HEALTH COORDENATORS

Abstract: Introduction: The Permanent Education in Health (PHE) becomes public policy within the Unified health System in Brazil, in 2004, which now requires new practices and commitments by the services and professionals. Objective: Analyze the concepts and practices of the PHE from the experience of the coordinators of the health centers in light of the assumptions of the National Policy of Continuing Education in Health. Methods: A study case in a qualitative approach, developed in health centers in a Southern Capital of Brazil, with participation of 15 Coordinators. Data collection by triangulation includes interviews, direct observation and documental analysis. The data were analyzed in light to the reference of National Policy of PHE. The project was approved by the Research Ethics Committee (CEPH/UFSC- Sight 2340/2011). Results: The results were synthesized into three major categories: 1) Concepts of PHE; 2) Practices of PHE; 3) PHE interface with interdisciplinary, managing agencies and education, please note that in this article will be discussed the first two categories. The first category focused on the PHE as a tool to the professional qualification and to the transformation of practices in health. The second category permeated practices which used the space of PHE to the development of the technical and scientific improvement and to the transformation of services, by exchanging knowledge and experiences and the needs of professionals and users. Final Considerations: It emphasizes the to expand the discussion about PHE in the health services, since the concept of technicist education is still present, focused in specific knowledge and employed in verticalized relations. Nevertheless, it shows the relevance of PHE when implanted in the molds of the precepts of national policy, its potential for changes in services, strengthening relationships between professional categories and with these users, describing the care provided to the population.

Key-words: Continuing Education, Permanent Health Education, Health Professionals.

CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS DE EDUCACIONES PERMANENTE EM SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE COORDINADORES DE SALUD

RESUMEN: Introducción: La Educación Permanente en Salud (EPS) se convierte en política pública en el Sistema Único de Salud en Brasil en el año 2004, lo que pasa a exigir nuevas prácticas y compromisos por parte de los servicios y los profesionales. Objetivo: Analizar las concepciones y prácticas de la EPS a partir de la experiencia de los coordinadores de los centros de salud, a la luz de los presupuestos de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud. Métodos: Estudio de caso con enfoque cualitativo, desarrollado en los centros de

salud de una capital del sur de Brasil, con la participación de 15 coordinadores. La recolección de los datos se dio por triangulación e incluyó entrevistas, observación directa y análisis documental. Los datos fueron analizados a la luz de la Política Nacional de la EPS. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEPH/UFSC-Dictamen 2340/2011). Resultados: Estos fueron sintetizados en tres grandes categorías: 1) Concepciones de EPS; 2) Prácticas de EPS; 3) EPS interfaz con interdisciplinaridad, órganos gestores y educación, vale destacar que en este artículo se discutirán las dos primeras categorías. La primera tuvo el enfoque de la EPS como herramienta para la calificación profesional y para la transformación de las prácticas de salud. La segunda impregnaba prácticas que utilizaban el espacio de la EPS para el desarrollo de la mejora técnica-científica y para la transformación de los servicios, a través del intercambio de conocimientos, experiencias y necesidades de los profesionales y usuarios. Consideraciones finales: Hay una clara necesidad de ampliar el debate sobre el EPS en los servicios de salud, ya que aún está presente la concepción tecnicista centrada en conocimientos específicos y utilizados en las relaciones verticales. Lo anterior muestra la importancia de la EPS cuando se implanta en el molde de los preceptos de la política nacional, por su potencial en la realización de cambios en los servicios, de fortalecimiento de las relaciones entre las categorías profesionales y éste con los usuarios, calificando el cuidado prestado a la población.

Palabras-clave: Educación Continua, Educación Permanente en Salud, Profesionales de la Salud

INTRODUÇÃO

A educação dos profissionais de saúde vem sendo discutida a partir de uma nova lógica desde os anos 80, quando a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) introduz questões sobre a qualificação do profissional de saúde direcionadas pelas discussões das conferências mundiais em saúde, as quais apresentavam novas propostas em se pensar e fazer saúde. Haddad, Roschek e Davini (1994) elucidam a necessidade de se pensar uma nova forma de introduzir a educação dos profissionais de saúde, havendo uma profunda transformação na teoria e na prática.

As mudanças nos modelos de atenção à saúde requerem também mudanças na educação dos profissionais, pois estes necessitam ter uma visão crítica, reflexiva frente ao seu processo de trabalho, qualificando as suas práticas de cuidado (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010). Seguindo essa lógica de pensamento a Educação Permanente em Saúde (EPS) começa a ser estruturada a partir das necessidades dos profissionais e voltada a realidade a qual atuam, para que essa lógica seja concretizada no Brasil institui-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no ano de 2004 pela Portaria n. 198/04 do Ministério da Saúde.

Esta Política apresenta aspectos que diferenciam a EPS da educação continuada (EC) antes desenvolvida nos serviços de saúde. O pressuposto da EC era direcionado pelo conhecimento que define as práticas, enquanto a EPS parte do pressuposto que as práticas são definidas a partir de vários fatores, visando a aprendizagem significativa ao profissional; tendo como objetivo transformar as práticas em saúde, o foco da EC é em profissionais específicos, o da EPS é para as equipes multiprofissionais. O seu modo de operacionalização também difere, enquanto a EC é operacionalizada de forma descendente a partir de cursos específicos, a EPS se dá de maneira ascendente pela identificação de problemas coletivos, utilizando-se de estratégias que promovam o diálogo entre os diversos atores (BRASIL, 2004).

Com a implantação do Pacto pela Saúde em 2006, o Ministério da Saúde reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da descentralização, integralidade e universalização do acesso, e, no ano seguinte, promove a reestruturação da PNEPS por meio da aprovação da Portaria 1.996/07. A PNEPS de 2007 reorganiza as práticas de EPS, enfatizando a descentralização, principalmente pela troca dos Polos de EPS pelas Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), no entanto essa também reafirma o compromisso intra e interinstitucional entre as diferentes redes de gestão, educação, serviços de saúde e controle social (BRASIL, 2007).

O caráter descentralizador da PNEPS, com a articulação de diversas esferas de saúde e educação, prima para a interdisciplinaridade em suas práticas. A transformação da organização das práticas em saúde deve partir das equipes, seguindo uma lógica de democratização institucional, desenvolvimento de capacidades críticas criativas e de aprendizagem, utilização de apoio matricial, qualificando o cuidado e constituindo práticas tecnológicas, éticas e humanísticas (BRASIL, 2004a).

Frente a esse cenário desenvolveu-se um estudo com coordenadores de centros de saúde partindo da seguinte questão norteadora: Quais as concepções e práticas de EPS na perspectiva e experiências de coordenadores de centros de saúde² do município de Florianópolis/SC? Para desenvolver tal estudo partiu-se do seguinte objetivo norteador: Analisar as concepções e práticas de EPS a partir da experiência dos coordenadores de centros de saúde, à luz dos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

² Centros de Saúde: denominação utilizada pelo município de Florianópolis para Unidades de Saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo delineou-se como pesquisa qualitativa, utilizando-se do referencial metodológico do estudo de caso, descrito por Yin (2010), com enfoque descritivo exploratório. Partindo do conceito de Yin (2010) a pesquisa caracterizou-se como um estudo de caso único, o qual aborda uma realidade específica (os centros de saúde de uma capital do Sul do país), um fenômeno contemporâneo (a Educação Permanente em Saúde e a implantação dessa como política pública no Brasil), buscando preservar as características holísticas e significativas da vida real, demonstrando ser a estratégia adequada para o desenvolvimento desse estudo.

O estudo de caso foi desenvolvido em uma capital do sul do país, a qual está inserida em uma Comissão de Integração Ensino – Serviço e possui uma Política Municipal de EPS, essa tem como eixos norteadores, o SUS como escola, pela relação ensino e serviço, o desenvolvimento profissional e o observatório em saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012). Esse município também instituiu em 2010 por meio da Portaria 037/2010 um Núcleo de EPS, o qual é composto por profissionais multidisciplinares e que tem como finalidade implantar e desenvolver estratégias e diretrizes para a implementação da EPS no município e promover a qualificação profissional inter e intra-institucional (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2010)

A triangulação dos dados foi desenvolvida como um critério para efetivar um estudo de caso. A utilização de diversas fontes para a coleta de dados é fundamental para a realização do estudo de caso, devendo ser seguido três princípios para a coleta, quais sejam, utilização de várias fontes de evidências, criação de um banco de dados formal e apresentável, manutenção do encadeamento de evidências (YIN, 2010).

Os participantes da pesquisa foram 15 coordenadores de saúde de uma capital da região sul do país. Chegou-se a número pela saturação qualitativa dos dados, quando os achados obtidos por entrevistas semiestruturadas e observações mostrou informações repetidas e não agregar nenhum subsídio novo ao estudo. A escolha desses participantes se deu por meio de amostra intencional, uma vez que o estudo de caso único segue a lógica de amostragem, onde o pesquisador seleciona os membros da amostra, decidindo propositalmente a seleção dos participantes que estão inseridos no fenômeno a ser estudado. Além disso, tal critério é usado com frequência quando os pesquisadores necessitam de respostas de especialistas, como no caso em questão, que se reportou a profissionais inseridos e com papel de liderança nas práticas de EPS (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A entrevista foi realizada com coordenadores de centros de saúde de uma capital do sul do país, as observações foram feitas nos momentos de EPS que ocorriam nos centros de saúde e a análise documental por meio das atas e outros documentos como planejamento estratégico dos centros de saúde.

A definição dos participantes e inserção em campo se deu por meio das seguintes etapas: - contato com a representante do Núcleo de EPS da capital, para indicação dos coordenadores que estivessem articulados com práticas de EPS; - contato direto com os coordenadores indicados, por via telefônica e agendamento das entrevistas; - solicitação de participação em uma reunião de EPS que esses estariam presentes. Dos quinze coordenadores apenas seis estavam desenvolvendo atividades de EPS nos centros de saúde no período da coleta dos dados (de Janeiro a abril de 2012), o que gerou observações diretas em seis centros de saúde e análise documental (atas de reuniões, do planejamento estratégico dos centros de saúde, de documentos de cursos ou treinamentos) em cinco destes locais, que dispunham dessas fontes documentais. Para as entrevistas com os quinze coordenadores utilizou-se roteiro semi-estruturado e gravador digital e para as observações e análise documental utilizou-se de um diário de campo. Todos os dados foram transcritos na íntegra e ou digitados logo após a coleta, de forma a manter a fidedignidade.

A análise dos dados desenvolveu-se a partir da transcrição na íntegra de cada entrevista e a leitura profunda dessa; realização da segunda leitura com uma análise prévia à luz dos pressupostos estabelecidos na Política Nacional de EPS (PNEPS); construção de diagramas e quadros com depoimentos, trechos de observações e de análise documental correspondentes às mesmas categorias e de acordo com a PNEPS. Finalmente, no quarto momento, estruturaram-se as duas principais categorias, Concepções de EPS e Práticas de EPS, reconfigurando suas subcategorias, procedendo a descrição das mesmas e a análise amparada em literatura.

A fim de contemplar as exigências da Resolução 196/96, o referido projeto foi encaminhado para a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sendo aprovado pelo Parecer n. 2340/2011. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantido o anonimato dos sujeitos investigados, assim como respeitado a decisão de desistência por parte desses. Para a garantia do anonimato foram usadas letras para identificar as entrevistas, as observações e as análises documentais, sendo referido aos coordenadores a letra C e em seguida um número em ordem crescente (C1,C2,C3,C4,...), para as observações a letra O e em seguida um número em ordem crescente (O1,O2,O3,...) e para as análises documentais a letra A e em seguida um número em ordem crescente (D1,D2,D3,...).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados apresentados a seguir correspondem a triangulação de coleta de dados realizada por meio de

entrevista semiestruturada, observação direta e análise documental, sendo que serão discutidas as duas primeiras categorias, *Concepções de EPS e Práticas de EPS*, as quais se subdividiram em subcategorias, expostas no diagrama abaixo.

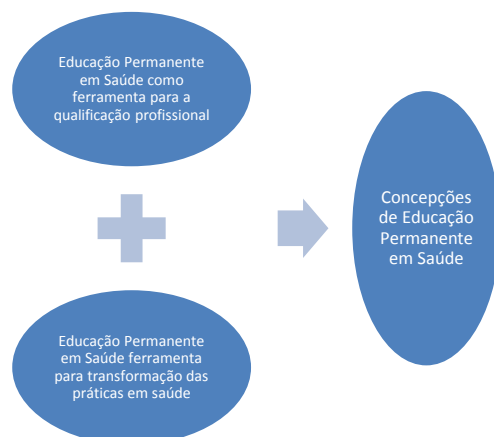


Diagrama 1 - Categoria *Concepções de EPS* e suas duas subcategorias.
Fonte: BARTH, P.O., 2012.

A subcategoria *Educação Permanente em Saúde ferramenta para a qualificação profissional* apresentou a concepção de uma educação direcionada a saberes científicos específicos, com foco em categorias profissionais específicas, na fragmentação do conhecimento, no aprimoramento técnico científico desvinculado das necessidades de saúde locais.

A segunda subcategoria *Educação Permanente em Saúde ferramenta para a transformação das práticas em saúde* foi direcionada pela concepção de uma educação desenvolvida a partir das necessidades dos profissionais e da comunidade, com vistas a transformação da prática, da organização dos serviços e das relações pessoais, visando a interdisciplinaridade e a troca de saberes e vivências entre os profissionais de saúde.

Pelo diagrama 2 podemos evidenciar a distribuição dos coordenadores sobre as Concepções de EPS conforme as duas subcategorias.

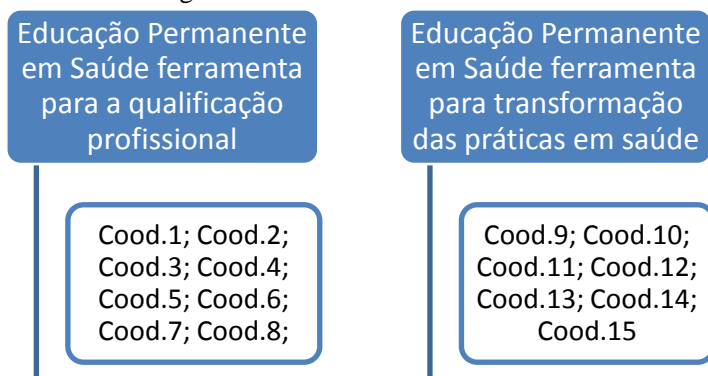


Diagrama 02 - Distribuições dos coordenadores a partir das subcategorias intrínsecas à categoria principal *Concepções de EPS*.
Fonte: BARTH, P.O., 2012.

Nessa distribuição percebe-se que uma pequena diferença entre o número de coordenadores que expressam as duas concepções (8 e 7 entrevistados, respectivamente). De qualquer forma a concepção de EPS voltada para a qualificação profissional, realizada de forma fragmentada e verticalizada, remete à necessidade de ampliar a discussão acerca dos preceitos estabelecidos pela Política Nacional de EPS nos serviços de saúde, como condição para sua plena efetivação. Cumpre ressaltar que nem sempre as duas concepções emergiram de modo nitidamente diferenciado, podendo a expressão de um sujeito carregar sentidos diversos. Neste caso, para fins de categorização, tomou-se o sentido predominante ou mais fortemente representado.

A categoria Práticas de EPS também se desmembrou em duas subcategorias conforme exposto no diagrama 3.

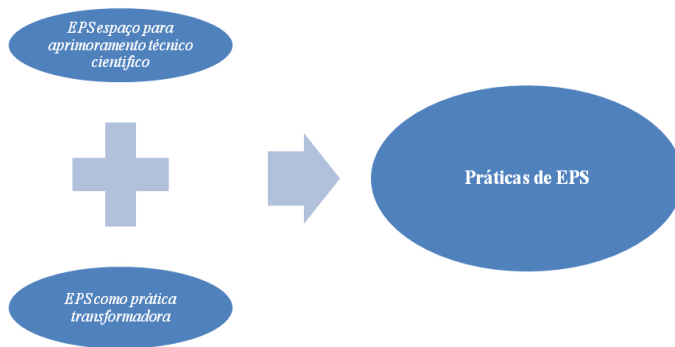


Diagrama 03 - Categoria Práticas de EPS em suas duas subcategorias.
Fonte: BARTH, P.O., 2012.

A subcategoria *EPS espaço para aprimoramento técnico científico* expressou a utilização dos momentos de EPS para repassar informações, atualizar conhecimentos específicos, fundados na divisão de saberes e com foco em cursos específicos.

A segunda subcategoria *EPS como prática transformadora* indicou os espaços de EPS sendo desenvolvidos a partir das necessidades dos profissionais e dos usuários, pela troca de saberes e vivências, pela participação ativa de todos os profissionais e pelo compartilhamento das ações de organização e desenvolvimento da EPS no serviço.

Pode-se observar com esses resultados que em um primeiro momento há um foco na educação profissional voltada para a qualificação técnica, onde se apresentou a maioria das concepções dos profissionais (08 de 15 entrevistados). Porém quando questionados sobre suas práticas de EPS evidenciou-se, tanto nos depoimentos, quanto nas observações e na análise documental, a EPS direcionada para a troca e compartilhamento de saberes, ao contrário, de outros coordenadores que apresentaram o conceito de EPS seguido dos preceitos estabelecidos pela PNEPS, mas no momento de suas práticas evidenciou-se uma educação fragmentada, verticalizada e direcionada para o aprimoramento técnico científico.

Nesse contexto fica claro que muitas vezes o profissional possui o conceito de EPS preconizado pela PNEPS e discutido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), porém no momento de efetivá-lo o faz do modo inverso, prejudicando a adesão dos profissionais e a implementação dessa ação nos serviços de saúde.

Concepções de EPS

EPS como ferramenta para a qualificação profissional

Nesta concepção a educação é voltada para a qualificação profissional realizada de forma permanente, enfatizando a atualização de conhecimentos por meio da reciclagem de informações. Ao centrar-se no conhecimento específico do profissional não permite que esse vislumbre uma transformação na prática coletiva. Essa forma de se pensar a EPS não deve ser o eixo norteador, mas sim complementar, pois visa apenas a qualificação profissional, embora esta possa ser um importante apoio à educação transformadora. Peduzzi et al. (2009) aborda a educação continuada como aquela centrada na transmissão de saberes, na abordagem de temas específicos, no conhecimento técnico científico, fragmentando os saberes e as práticas em saúde, o que mostra aderência aos depoimentos que ilustram esta concepção e remetem à necessidade de reflexão por parte de gestores e equipe.

[...] para a gente se atualizar do que está acontecendo, estar se reciclando. Reciclagem de informações, atualização de dados (C1).

[...] uma atualização de conhecimento, renovando, reciclando tudo o que a gente aprendeu e tudo que a gente pode estar aprendendo de uma forma reciclável, e o permanente justamente de ser contínuo, não sendo estanque [...] (C2).

[...] é sempre uma atualização daquilo que tu está fazendo, tu se forma e tem a necessidade de rever aquela bibliografia [...] e a EPS é uma coisa continuada, estar sempre atualizando o conhecimento da equipe (C6).

Há a necessidade de uma educação permanente direcionada a partir da problematização da realidade dos serviços, onde as necessidades de aprendizagem não deveriam se limitar ao conhecimento técnico científico e às técnicas, mas sim aquela gerada pelo trabalho em saúde, transcendendo as habilidades específicas de cada profissional. Aponta-se, assim, para um processo de ensino aprendizagem contínuo, tendo como marco um

projeto integral conjunto e construído a partir de uma análise ampla e complexa da realidade, aplicável para transformar uma situação problema por meio de um processo simultâneo entre trabalho e educação (ROSCKE; DAVINI; HADDAD, 1993).

A ênfase dada pelos participantes na educação continuada provoca a reflexão acerca do momento em que a EPS entra na vida do profissional e como ela está sendo disseminada, pois a educação continuada é apenas um dos eixos da EPS, que isolado é insuficiente para produzir uma maior qualidade nos serviços prestados à população. Com nova ênfase e rumo, como instrumento para a transformação do trabalho, a EPS ainda encontrava dificuldades de ser implementada, dada a tradicional desvinculação entre educação e os serviços de saúde (HADDAD; ROSCKE; DAVINI, 1994).

Eu vejo a EPS como uma forma de estar atualizando os conhecimentos pré adquiridos em função de mudanças de condutas, da própria atualização, da questão do material, da tecnologia, de alguns conteúdos, que as vezes tem algumas situações em que você não vive na unidade[...] (C3).

Eu acho que é um modo dos profissionais auto gerirem seu aprendizado, se atualizarem, revisarem a prática do dia-dia, revisarem entre os pares, seus próprios pares e colegas de outras áreas também, buscando em livros, artigos, a própria discussão de casos (C7).

Aqui a EPS é referida como forma de atualização, porém partindo das necessidades dos profissionais, o que também é potencializador da transformação do perfil dos profissionais, ainda que centrada em conhecimentos e condutas específicas. A ruptura com o modelo verticalizado na transmissão de saberes ainda está em processo de consolidação, mas a autonomia do profissional frente as suas necessidades faz com que esse modelo comece a ser rompido e mobilize a busca por novos referenciais.

A utilização dos princípios da administração complexa com o aporte teórico da Política Nacional de EPS é evidenciado como oportunidade para o desenvolvimento da autonomia do profissional, sua auto organização, autogestão, desse modo agregando valores e conhecimentos e o trabalho em redes (AMESTOY et al., 2010). Com esse mesmo enfoque é destacada a importância da educação permear as ações do profissional enfermeiro em seu papel gerencial na Estratégia de Saúde da Família (ESF), incorporando um agir emancipatório, que agregue referenciais teóricos práticos, históricos e sociais (VILLAS BÔAS; ARAÚJO; TIMÓTEO, 2008).

[...] em relação aos profissionais, existem os cursos, as atualizações, oferecidas pela secretaria de saúde, os protocolos de tuberculose, de saúde da mulher, de saúde do idoso, todas essas formas de repasse de informações da secretaria aos profissionais. (C5)

São medidas em que a gestão procura proporcionar aos seus servidores no sentido de mantê-los capacitados, seja em que área for, e que ocorra de uma forma continuada [...] (C8).

Em contra partida esses depoimentos apresentam a EPS de forma verticalizada, por meio do repasse de informações específicas, as quais são dirigidas pelos órgãos gestores, sem considerar a autonomia profissional na gestão de suas necessidades, condutas e conhecimentos. A EPS ocorre de forma centralizada, contrapondo os preceitos da política de EPS, que visa a descentralização das ações e que coloca em lócus a educação desenvolvida dentro dos serviços de saúde a partir das necessidades locais. A PNEPS elucida uma articulação intra e interinstitucional, entre os órgãos gestores e instituições formadoras, para que dessa forma cria-se vínculos entre as redes de gestão, da educação, do ensino e dos serviços de saúde, possibilitando o enfrentamento de situações problemas de forma coletiva. Assim reafirma-se a natureza tecnopolítica da gestão da EPS de, envolvendo transformação nas relações sociais e no modo de pensar e fazer saúde (BRASIL, 2007).

EPS para transformação das ações em saúde

Nos depoimentos abaixo, a questão da interdisciplinaridade mostra-se como fundamental para a implementação da EPS nos serviços, na medida em que as necessidades do cotidiano são levantadas como fontes primárias para a discussão e realização da EPS, há o envolvimento de todos os profissionais, tornando o processo de ensino aprendizagem significativo. Dessa forma são cotejados os preceitos da PNEPS e consolidadas estratégias para a qualificação do cuidado. A ênfase na troca de saberes e experiências, a valorização do saber do profissional e o envolvimento desses no processo de EPS, são práticas que fortalecem a autonomia e a interdisciplinaridade nos serviços de saúde.

A interdisciplinaridade pode ser entendida como um trabalho que envolve diversas ações e saberes, envolve relações de interação dinâmica entre diversas disciplinas, exigindo permeabilidade entre os saberes para que se possa exercer o cuidado resolutivo e a transformação no processo de trabalho (BRASIL, 2009).

Eu entendo que cada profissional tem algum conhecimento que às vezes não é um

conhecimento geral da equipe, então a gente procura que cada profissional divulgue o seu conhecimento entre a equipe [...] então EPS seria tu tem um conhecimento e divide com o grupo (C10).

Pra mim é um processo, uma continuidade de formação, em cima de todas as informações novas que vão chegando, as dificuldades, a gente vai passando pra equipe [...] não que seja o coordenador somente o responsável, mas a equipe como um todo [...] até mesmo os encaminhamentos, o que mudou na unidade, tudo isso são informações que a gente precisa para o dia-a-dia (C15).

[...] então EPS é isso, é um espaço de educação que vai ao encontro das necessidades dos trabalhadores e que envolve muito mais a questão de campo, mas também a questão de núcleo, que envolve todos os profissionais e não somente uma categoria profissional (C13).

Quando se passa a considerar que não é mais um profissional específico que cuidará de um indivíduo específico, mas sim uma equipe que cuidará de famílias e de seus familiares, a assistência à saúde passa a ser tratada no coletivo e de modo complexo e o trabalho interdisciplinar é mobilizado (ALMEIDA; MISHIMA, 2001). É nesse sentido amplo de equipe de saúde, que os coordenadores almejam a concepção e uma prática de EPS interdisciplinar, que transpasse as questões de núcleos específicos de saberes, e se direcione as questões de campo, onde os saberes multiprofissionais são essenciais para a realização de uma assistência à saúde integral e humanizada.

EPS significa o aprimoramento contínuo da questão saúde, significa você adequa o seu trabalho, a sua experiência de vida no seu local de trabalho [...] nós fizemos o inquérito local de saúde, de posse dessas informações nós trabalhamos em cima desses dados, de uma forma permanente [...] (C11).

A EPS é referida em seu estreito vínculo com as necessidades locais de saúde, princípio este que também viabiliza sua implementação de forma significativa para os profissionais. As necessidades de saúde da comunidade e dos profissionais devem ser o ponto de partida para a eleição de temas e da direcionalidade da EPS no serviço, como instrumento facilitador da qualidade do atendimento prestado à população. Essa abordagem é priorizada na proposta da PNEPS 1.996/07, quando essa enfatiza que as questões de formação dos profissionais não sejam realizadas exclusivamente a partir de demandas individuais ou pela capacidade de oferta de cursos por instituições de ensino, mas sim que essas partam prioritariamente dos problemas dos serviços de saúde local, da organização e da atenção à saúde (BRASIL, 2007).

É uma prática cotidiana de aprendizagem no serviço, tudo aquilo que a gente precisa saber para dar mais qualidade às pessoas, de uma forma mais integral, mais resolutiva, mais longitudinal, um cuidado cada vez mais próximo do que a pessoa precisa [...] e a EPS possibilita que isso aconteça, porque o objetivo dela é o processo de ensino aprendizagem no espaço onde acontece a assistência a saúde (C12).

O enfoque da EPS se dá no serviço de saúde, espaço privilegiado para que a educação seja disseminada e efetivada; a aprendizagem é realizada com foco para a integralidade e resolutividade na assistência. Essa ênfase da EPS vai ao encontro dos pressupostos da política de EPS, quando essa coloca em lócus o ambiente de trabalho como espaço único, dinâmico e potencializador para o desenvolvimento da EPS, pois é nele que se dão as relações de trabalho, as trocas de conhecimentos e experiências e se reflete e discute as necessidades de saúde locais.

As discussões e reflexões realizadas nos anos 80 pela OPAS já apontavam a necessidade de reestruturação da educação profissional e abordavam a questão da dessa educação ser voltada para o trabalho e desenvolvida nesse cenário, as atividades, os processos e experiências educativas sendo realizadas na realidade dos serviços de saúde. No entanto para que esse direcionamento fosse tomado, era necessário reorientar a organização dos serviços de saúde pela descentralização da assistência, participação popular e administração estratégica (HADDAD; ROSCHE; DAVINI, 1994). No Brasil esses princípios são incorporados na PNEPS como demonstraram os resultados apresentados.

Práticas de EPS

EPS espaço para aprimoramento técnico científico

As práticas de EPS realizadas expressam a verticalidade e a centralidade em conhecimentos específicos, fica explícito que as necessidades reais dos profissionais não estão presentes no desenvolvimento da EPS. Essa se mostra em formas autoritárias e mecanizadas de educação, onde o saber e a vivência do profissional não são valorizados, tornando-a frágil para ser efetivada no cotidiano das práticas profissionais. Esse enfoque também pode ser percebido em reuniões e em documentos, como exposto abaixo.

A gente tem reuniões mensais, quando eles passam pra gente tudo o que está acontecendo na secretaria, ações administrativas. [...] O técnico veio de um curso de

vacina, eles dão esse tipo de curso, muitas vezes os coordenadores também vão (C1).

Nós temos uma reunião de categoria e reuniões administrativas, com o principal objetivo da educação continuada, normalmente eu caso os temas que eu recebi em minhas reuniões de coordenação e passo nas reuniões mensais [...] (C3)

O5: *A reunião tem o foco nos informes da coordenadora, existe o repasse de um tema específico por um profissional, previamente escolhido pela coordenadora, havendo pouca autonomia dos profissionais na discussão sobre os assuntos da unidade.*

D4: *Consta documentos de treinamentos específicos, cursos com a finalidade de qualificar o profissional sobre um determinado assunto, não apresenta um plano de EPS, somente cronogramas de cursos específicos direcionados às categorias profissionais, nenhum sendo multidisciplinar.*

Anteriormente a criação da PNEPS os processos de qualificação profissional eram alicerçados pelos conceitos de reciclagem ou adestramentos, conceitos estes que contribuíam para a inefetividade de implementação de uma educação permanente no cotidiano dos profissionais. Com a formulação da PNEPS se adere aos preceitos da problematização descritos por Paulo Freire e se passa a realizar um processo educativo problematizador, pautado na formação de sujeitos críticos (BRASIL, 2004a).

A gente usa bastante matriciamento como uma forma de estar reciclando esses conhecimentos, principalmente pediatria, psiquiatria, seja na discussão de caso, ou as vezes temas específicos, ou com categorias específicas [...]Então a ideia é abordar o tema por categoria pelos matriciadores, para que possamos contemplar a EPS no planejamento da unidade[...] (C2).

A gente faz uma reunião mensal que se fecha a unidade e uma parte dessa reunião a gente utiliza para discutir a EPS; traz algum profissional, e assim também tem cursos fora do horário [...]na reunião geralmente a gente traz os matriciadores, que são especialistas que estão na unidade e atuam por área, atuam com o enfermeiro ou o médico da área (C4).

A atuação dos profissionais matriciadores na Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem sendo implantada recentemente nos centros de saúde. Esses profissionais deveriam dar suporte ao trabalho da equipe, mas no caso da EPS, ocorre o risco de acirrar a fragmentação do processo, como é identificado no primeiro depoimento, pois esses ficam responsáveis pela EPS no serviço, porém a realizam por meio de reuniões com categorias profissionais. A lógica da EPS requer que todos os membros da equipe participem e construam juntos a EPS nos serviços, evitando o esfacelamento que torna ineficaz sua implementação.

A EPS deveria ser disseminada de forma ascendente e descentralizada dentro dos serviços de saúde entre os trabalhadores, gestores, usuários e educandos, para que essa seja uma estratégia transformadora e leve a esses sujeitos ações propositivas, críticas, reflexivas, compromissadas e tecnicamente competentes (CECCIM, 2005).

No depoimento do C4, os matriciadores também são utilizados como instrumentos para o desenvolvimento da EPS no serviço, a lógica da verticalização do saber se segue, pois como relata o coordenador os matriciadores abordam um tema e expõem seus conhecimentos sobre esses, porém isso sendo realizado de forma verticalizada, sem a participação dos profissionais no processo de EPS. Sobre os conceitos de matriciadores e suas finalidades, esses são profissionais referidos como especialistas que viabilizam um suporte tanto técnico como pedagógico às equipes de saúde. Esse apoio deve ser construído de forma compartilhada, estabelecendo responsabilidades tanto aos matriciadores quanto aos profissionais, primando para a construção e a criação de espaços de comunicação e compartilhamento de saberes para a maior eficiência e eficácia nas ações de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Conforme exposto acima, os matriciadores são profissionais que devem dar suporte e não executar ações de forma verticalizada. A dinâmica da EPS necessita da presença de múltiplos atores e participação de todos para que se torne significativa para os sujeitos. Inserir profissionais especialistas sem o compartilhamento de saberes com aqueles que estão nos serviços prejudica a adesão desses nos momentos de EPS.

Aqui o pessoal individualmente procura a formação que quer, tem uma enfermeira que esta fazendo pós-graduação do que ela quer. [...] A secretaria proporciona ferramentas, mas dificilmente elas são dirigidas para as necessidades do profissional, da realidade local, então elas são mais genéricas [...] (C6).

A EPS ainda está associada à EC verticalizada e centralizada, não segue-se a lógica da descentralização das ações, ao contrário, essas são impostas por órgãos gestores os quais deixam de olhar as necessidades dos profissionais e impõem a esses a realização de cursos ou outras atividades sobre temas que pensam ser pertinentes ao município ou região; isso faz com que a EPS tenha baixa adesão pelos profissionais de saúde. A PNEPS apresenta os diferentes aspectos entre a EPS e a EC, e o modo descendente como são organizadas as práticas de

educação a partir de uma leitura generalizada dos problemas de saúde, aplicando cursos aos profissionais sobre temas específicos contrapõe a forma transcendente da EPS pensada e direcionada a partir das necessidades locais de saúde (BRASIL, 2004b).

O depoimento do C6 expressa a verticalização de poder pelos órgãos gestores municipais, estando esses totalmente desvinculados com as necessidades locais de saúde e dos serviços, inviabilizando um processo de EPS que visa a disseminação e a descentralização da capacidade pedagógica. Ressalta-se que o município estudado está vinculado a CIES da região da Grande Florianópolis e essa, por sua vez, possui como finalidade articular instituições para propor de forma coordenada estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, à luz dos princípios da EPS, do Plano Regional de EPS e da legislação vigente (CIES – GRANDE FLORIANÓPOLIS, 2009).

Na portaria n.1.996/07 a questão da descentralização ganha ênfase, com isso passa-se a se renomear os Polos de EPS para as Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), as quais devem atuar como instâncias de articulação regionais com as ações de EPS desenvolvidas nos serviços. Assim, reafirma-se a necessidade de articulação intra e interinstitucional com órgãos gestores, de ensino e do controle social, com práticas de EPS inseridas nos planos de gestão dos municípios, com um incentivo fundo á fundo para desenvolvê-las (BRASIL, 2007).

EPS prática transformadora

A gente tem feito algumas práticas de EPS nas nossas reuniões, quando a gente tem os alunos de medicina e enfermagem, a gente aproveita um pouquinho eles, trazem temas de interesse de todo mundo, por exemplo, curativo, como atender e informar um paciente com diarreia, coisas simples assim (C7).

Tem os matriciadores do NASF que colaboram, na reunião de equipe eles trabalham um pouco mais; veio o pessoal da prefeitura para trabalhar com as práticas integrativas, um pouco com a acupuntura, cada profissional com a sua experiência faz um pouco disso, nas reuniões de área pequena, em que os profissionais discutem (C10).

É expressa a inter-relação com o ensino, facilitando a implementação da EPS no serviço de saúde quando ocorre de forma compartilhada, ao mesmo tempo em que provoca mudanças tanto no atendimento ao usuário quanto no próprio perfil do profissional. Outra relação é evidenciada com profissionais externos aos centros de saúde, como expresso no depoimento do C10 ao referir a participação de profissionais externos nos momentos de EPS, de modo a facilitar o processo participativo e o alcance da interdisciplinaridade. Essas articulações também são evidenciadas em notas de observação e análise documental.

D3: *Constava a programação anual de saúde do CSSG, onde tinha as perspectivas: do cidadão-usuário e sociedade; das parcerias; dos recursos e serviços; do desenvolvimento do trabalhador no SUS; da liderança. São referidos os objetivos para cada perspectiva, as diretrizes, o líder de cada objetivo e perspectiva, as diretrizes, os indicadores, a situação atual e as metas.*

O3: *As instituições formadoras estão presentes na EPS com alunos de graduação e pós graduação participando das reuniões de planejamento da equipe.*

A PNEPS apresenta a articulação da EPS com as instituições formadoras e órgãos gestores; esses por sua vez necessitam apresentar projetos inovadores, constituir espaços de planejamento, gestão e de mediação para a discussão das diretrizes da educação profissional entre os diversos atores sociais envolvidos (BRASIL, 2004b). É imprescindível que ocorra essa articulação para que os princípios da EPS sejam efetivados e os profissionais se sintam parte do processo educativo e da implementação da EPS no cotidiano.

Nós temos uma reunião diária onde discutimos os problemas diários da unidade, dos pacientes, como devemos nos programar [...] a reunião mensal é de EPS, que é uma vez por mês, a gente fecha o posto, todos os profissionais participam, eu tenho uma pauta de reunião, que começa pelos informes que chegam (C15).

Nas reuniões de equipe, que ocorrem uma vez por semana, as ACS trazem as necessidades da comunidade e ali são discutidas, e se propõem esclarece-las e todos os profissionais interagem [...] o que mais se faz são informes e problemas de gerenciamento interno da unidade, por exemplo, o que precisa ser feito em que área, a marcação de consultas (C5).

nós temos um turno mensal para a EPS, para o planejamento e têm-se reuniões semanais por equipe. [...] A gente já fez um levantamento de temas permanentes da equipe, uns voltados para a questão do planejamento da unidade e outros temas

voltados a assistência clínica [...] E trabalhamos com o aprendizado em serviço; na verdade às vezes são mais importantes ser trabalhadas necessidades do dia a dia do trabalho, a gente até pode elencar alguns temas mas se surgirem temas durante a semana eles serão discutidos (C13).

Como é exposto, por ser dinâmica e flexível a prática de EPS pode ocorrer em vários momentos nos serviços, quando os profissionais na reunião diária discutem os problemas da unidade e da comunidade estão realizando uma EPS que almeja a transformação das ações e a melhora no atendimento à população; bem como quando realizam a reunião mensal partem das necessidades dos profissionais e do serviço e buscam a organização do trabalho de forma participativa. Essas práticas também são ilustradas em observações e análises documentais.

O2: São discutidos problemas da comunidade, todos os profissionais dialogam, são discutidos assuntos em roda, há a flexibilização entre os profissionais promovendo as transformações da unidade.

D1: Temas apresentados e escolhidos a partir dos problemas da comunidade e dos profissionais. Os temas específicos apresentados pela divisão de profissionais são debatidos por todos, como constava na ata.

Os depoimentos dos coordenadores C5 e C13 reafirmam a lógica de privilegiar as necessidades de saúde local, o que influi diretamente na mudança da forma de gerir e organizar os serviços de saúde. Quando se aborda temas relacionados ao funcionamento da unidade e as necessidades locais de saúde é proporcionado ao profissional um aprendizado significativo e seu envolvimento promove a criticidade, reflexão e criatividade frente as suas realidades.

A aprendizagem significativa é princípio abordado na PNEPS de 2004, supondo que a transformação nas práticas é baseada na reflexão crítica da realidade. Nesse mesmo sentido a PNEPS enfatiza que o aprendizado baseado no conhecimento técnico científico específico não deve ser o foco das práticas de EPS, mas apenas uma forma complementar, onde a formação e desenvolvimento profissional abarquem questões de subjetividade, habilidades técnicas e conhecimentos sobre os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2004b).

[...] Nas reuniões de equipe surgem as dúvidas, os funcionários apontam os temas e a gente se divide em categoria para quem vai buscar sobre tal tema [...] para que todos possam participar, dando sua contribuição, e todos participam dos cursos, desde o ACS até o médico, o pessoal da limpeza também participa (C11).

Tem uma organização onde a EPS acontece em vários momentos na unidade, nós temos a reunião entre as equipes de saúde da família, de todas as equipes, além disso, a gente tem os GET que são os grupos de trabalho de EPS. [...] Na reunião mensal a gente tem um espaço de EPS organiza a partir das equipes, todos os meses nós temos uma pessoa responsável, nós temos o colegiado de EPS, realizado a cada quinze dias, espaço para a coordenação da unidade, organização conjunta, os funcionários representantes das equipes trazem os temas e esses temas são discutidos [...] (C12).

As práticas de EPS expostas pelo coordenador refletem a troca de saberes e vivências de cada profissional, inclusive aqueles que não estão diretamente relacionados com o atendimento ao usuário. O cotidiano das equipes demonstra a importância da articulação dos saberes no trabalho em equipe, destacando a reciprocidade nas intervenções e interações coletivas. Os profissionais devem ser instigados uns pelos outros para que participem coletivamente e o resultado das ações seja a articulação dos vários conhecimentos (RIBEIRO et al., 2011)

O processo compartilhado na organização e na realização da EPS é explícito pelo C12 quando esse relata as diversas formas de integrar os profissionais para o planejamento e execução da EPS no serviço. Essa forma horizontal e compartilhada de se gerir a EPS contribui para a sua adesão no ambiente de trabalho, visto que assim os profissionais se sentem como parte integrante de todo processo e procuram viabilizar e fomentar essa estratégia no cotidiano dos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados desse estudo pode-se considerar que a EPS vem a cada dia sendo mais discutida e refletida pelos profissionais de saúde, tanto pela apropriação de construção de novas concepções, quanto pelo modo como a colocam em prática. Em muitos depoimentos percebeu-se uma concepção voltada para a EC, verticalizada, fragmentada e direcionada a profissionais e temas específicos, porém, em contrapartida, nas observações realizadas e na análise documental, já são evidenciadas ações voltadas a uma educação transformadora, que buscam por meio de uma aprendizagem significativa a mudança no modo de pensar e fazer saúde.

Tendo como objetivo analisar as concepções e práticas de EPS á luz dos pressupostos estabelecidos pela PNEPS, observa-se que essa necessita ser disseminada e discutida tanto nos serviços de saúde, como nos órgãos de ensino, gestão e controle social, para que seus pressupostos possam ser válidos na prática real. A grande parte dos coordenadores realiza ou identifica os pressupostos estabelecidos na PNEPS como ilustrado em práticas de EPS desenvolvidas a partir das necessidades locais da comunidade, dos profissionais e dos serviços, pela utilização de estratégias metodológicas que propiciam o diálogo, a troca de experiências e saberes dos diversos atores e pela articulação com órgãos de ensino e gestão.

Nesse cenário se torna fundamental que essas estratégias sejam difundidas em outras realidades e possam apresentar caminhos para modificar as práticas em saúde. O grande desafio em implementar a EPS ainda está na concepção que os profissionais possuem sobre essa, assim como na dificuldade de articulação entre ensino, serviço, gestão e controle social, o que torna fundamental a pesquisa e reflexão sobre as possibilidades e desafios enfrentados para a instituição dessa rede compartilhada na EPS.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v.5, n.9, p.150-153, 2001.
- AMESTOY, S.C. et al. Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p.3 83-387, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de EP dos trabalhadores do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- _____. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Polos de EPS. Série C Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1996/07 de 20 de Agosto de 2007**. Substitui a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília (DF), 2009.
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 99-407, 2007.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n.4, p.975-986, 2005
- COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO – SERVIÇO GRANDE FLORIANÓPOLIS (CIES – GRANDE FLORIANÓPOLIS). **Regimento Interno**. São José. Maio, 2009.
- FERRAZ, F. **Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço**: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Paulo Freire. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- GUIMARÃES, E.M.P.; MARTIN, S.H.; RABELO, F.C.P. Educação permanente em saúde: Reflexões e desafios. **Ciencia y Enfermeria**, v.16, n.2, p. 25-33, 2010.
- HADDAD, J.Q.; ROSHCKE, M.A.C; DAVINI, M.C. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.100. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1994.
- PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Avaliação de Evidências para a prática

da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do secretário. **Portaria nº 037/2010**. Florianópolis, Agosto, 2010.

RIBEIRO, K.S.Q.S. et al. Discutindo o Cotidiano das Equipes de Saúde da Família: A Experiência da III Oficina de Atenção Básica da UFPB. **Caderno FNEPAS**, v. 1, s/n., p.51-63, 2011.

ROSHCKE, M.A.C; DAVINI, M.C; HADDAD, J.Q. Educación Permanente y trabajo em Salud: Um proceso em construcción. **Educación Medica em Salud**, v. 27, n. 4, 1993.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Política Municipal de Educação Permanente em Saúde**. Disponível em:<<

https://docs.google.com/presentation/d/1b2AiE7OynQfDSmmaVLjypMf9wd_prZnDQID8JO9vLzM/edit?pli=1#slide=id.p40>>. Acesso em: 10 de novembro de 2012.

VILLAS BÔAS, L.M.F.M.; ARAÚJO, M.B.S.; TIMÓTEO, R.P.S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p.1355-1360, 2008.

YIN, R.K. **Estudo de caso planejamento e método**. 4ed . Porto Alegre: Bookman, 2010.

5.2 MANUSCRITO 3 - INTERFACES ENSINO, SERVIÇO E GESTÃO NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UM OLHAR SOBRE CENTROS DE SAÚDE

INTERFACES ENSINO, SERVIÇO E GESTÃO NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UM OLHAR SOBRE CENTROS DE SAÚDE

Resumo: Introdução: A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004, vem sendo remodelada em iniciativas posteriores do Ministério da Saúde, de forma a promover as mudanças na formação dos profissionais de saúde para uma atuação coerente às demandas e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Frente a esse panorama o objetivo desse trabalho é Analisar as concepções e práticas de EPS nos centros de saúde à luz da PNEPS, à partir da ótica de coordenadores de saúde. **Métodos:** Esse é um estudo de caso, qualitativo, com caráter descritivo exploratório, o qual tem como local de pesquisa centros de saúde de uma capital do sul do Brasil, sendo os participantes 15 coordenadores desses centros. A coleta dos dados ocorreu por meio da triangulação com a entrevista semiestruturada, a observação direta e análise documental, no período de janeiro a abril de 2012. **Resultados e Discussões:** Os resultados foram discutidos em duas categorias principais, *EPS - ferramenta para a interdisciplinaridade* e *EPS - espaço para a verticalização do saber*. A primeira e mais recorrente aborda questões do envolvimento de instituições de ensino e de órgãos gestores de forma participativa e horizontalizada. A segunda apresentou a participação e articulação com essas esferas, porém de forma verticalizada e desarticulada com a realidade local. **Considerações finais:** Com a realização desse estudo evidenciou-se a necessidade de discussão da EPS nos serviços e instituições de ensino, para que essa seja efetivada de forma descentralizada e compartilhada, indo ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS.

Palavras-chaves: Educação Permanente em Saúde, Sistema Único de Saúde, Gestão Compartilhada.

INTERFACE WITH TUTORSHIP, SERVICE AND MANAGEMENT IN PERMANENT EDUCATION IN HEALTH AND: THE VIEW OF HEALTH CENTERS

Abstract: Introduction: In this perspective the Ministry of Health in 2004 formulated the National Policy for Continuing Education in Health (NPCEH) by Decree 198/04 with the aim of setting the PHE services in a decentralized and significant mold. Faced with this situation the aim of this paper is to Analyze the concepts and practices of health coordinators PHE will light NPCEH. **Methods:** This is a case study, qualitative, descriptive and exploratory character, which has the research site health centers a capital of southern Brazil and the participants were 15 coordinators of the centers. Data collection occurred by triangulating with semi-structured interviews, direct observation and document analysis, from January to April 2012, data analysis followed the precepts of the case study. **Results and Discussion:** The results were drawn into two main categories, *the interdisciplinary tool for EPS and EPS for the vertical space of knowledge*. The first was the most expressive and addressing issues of participation of educational institutions and managing agencies in a participatory and horizontally mold, while the second showed the participation and coordination with these spheres, but in a vertical and disjointed mold with local realities. **Final Considerations:** With the completion of this study revealed the need for discussion of PHE in services and educational institutions, to make it effective in a decentralized and shared mold, meeting the principles and guidelines of UHS.

Descriptors: Permanente Education in Health, the Unified Health System, Shared Management.

INTERFACES DE EDUCACIÓN, SERVICIO Y GESTIÓN DE LA EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD: UNA MIRADA SOBRE LOS CENTROS DE SALUDE

Resumen: Introducción: La Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS, instituida en 2004, viene siendo remodelada en iniciativas posteriores del Ministerio de Salud, con el fin de promover los cambios en la formación de profesionales de salud para la actuación coherente a las demandas y principios del Sistema Único de Salud (SUS). Frente a este panorama el objetivo de este trabajo es analizar las concepciones y prácticas desde la perspectiva de los coordinadores de las Unidades Básicas de Salud. **Métodos:** Estudio de caso, de carácter cualitativo, descriptivo y exploratorio, que tiene como local de investigación los centros de salud de una capital en el sur de Brasil siendo los participantes, 15 coordinadores de esos centros. Los datos fueron recolectados mediante la triangulación con entrevistas semi-estructuradas, observación directa y análisis de documentos, de enero a abril de 2012, el análisis de datos siguió los preceptos del estudio de caso. **Resultados y Discusión:** Los resultados fueron discutidos en dos categorías principales: *EPS herramienta para la interdisciplinaridad* para y *EPS espacio para la verticalización del conocimiento*. La primera fue la más expresiva y abordaba cuestiones de participación y horizontalizada, mientras que la segunda mostró la participación y articulación con esas esferas, por lo tanto de forma verticalizada y desarticulada con la realidad local. **Consideraciones finales:** Con la realización de este estudio se evidenció la necesidad de un debate de EPS en los servicios e instituciones educativas, para que sea

eficaz de forma descentralizada y compartida, conllevando de esta forma el encuentro de los principios y directrices del SUS.

Descriptor: Educación Permanente en Salud, Sistema de Salud, Gestión Compartida.

INTRODUÇÃO

Com as mudanças no modelo de atenção a saúde, em especial no Brasil com a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 a formação do profissional em saúde e sua qualificação para atuar no sistema é colocada em discussão. A Lei Orgânica 8.080/90 (LOS/90) apresenta em seu Capítulo I, acerca dos objetivos e atribuições do SUS, a formação de recursos humanos direcionada pelos princípios e diretrizes desse; assim como, no Capítulo III, acerca da organização, da gestão e da direção, apresenta a formação de Comissões de Educação Continuada (EC) que integrem ensino e serviço em sua finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e EC na esfera correspondente, e, também, fortalecer o elo com as instituições de ensino para o fomento da pesquisa em saúde (BRASIL, 1990).

Após este período de regulamentação são realizadas, juntamente com as Conferências Nacionais de Saúde, as Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde, para discutir e refletir sobre a formação profissional para o SUS. No ano de 1993 é realizada a 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, tendo como foco principal estabelecer a ligação entre os setores saúde e educação, apresentando propostas para a formulação e criação de programas descentralizados de EC, enfatizando as relações interpessoais e a construção da consciência crítica, ética e humanística do profissional de saúde (COSTA, 2006).

Com a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde avançaram os debates que levaram a elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH), aprovada em 2002. Esta buscou fomentar as discussões sobre os planos de carreira e salários dos profissionais da saúde. As conferências em recursos humanos abrem as discussões para uma nova forma de se pensar a educação continuada, a formação profissional e sua direcionalidade com o SUS.

Nesse cenário a EC passa a ser reformulada pelos princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS), discutidos nas décadas de 80 e 90 pela Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS), de modo a ser voltada ao profissional de saúde e suas necessidades e concretizada no âmbito do trabalho. Torna-se premente a necessidade de instituir a EPS como política pública no Brasil, o que se efetiva por meio da aprovação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pelo Ministério da Saúde em 2003 e instituída pela Portaria 198/2004 (FERRAZ, 2011).

A EPS se institui, assim, como estratégia para a transformação das ações em saúde, para ser desenvolvida de forma descentralizada, por meio da articulação entre ensino, serviço, gestão e controle social, amparada no pressuposto da aprendizagem significativa e direcionada pelas necessidades reais do profissional e comunidade. Desse modo, a atualização técnica, centrada em conhecimentos científicos específicos, passa a ser apenas uma parte integrante do processo de qualificação do profissional de saúde, e não mais seu eixo norteador (BRASIL, 2004a).

No ano de 2006 o Ministério da Saúde institui o Pacto pela Saúde, o qual apresenta três aspectos norteadores, quais seja, o Pacto pela Vida, o Pacto pelo SUS e o Pacto pela Gestão. Especificamente no Pacto pela Gestão são fomentadas as reestruturações nas ações em saúde de forma descentralizada, por meio da gestão compartilhada, na regionalização, no financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, planejamento, gestão no trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006). Impõe-se uma nova reestruturação da PNEPS, para sua operacionalização, o que acontece no ano de 2007, por meio da Portaria 1.996/07.

A PNEPS criada em 2004 apresentava como dispositivos de gestão da EPS os Pólos de EPS, como instâncias integradoras ou “rodas” para o estabelecimento de diálogo entre ensino e serviço, para a identificação das necessidades de formação e desenvolvimento, bem como para promover mudanças nas práticas em saúde e de educação em saúde (BRASIL, 2004c). Com a reestruturação da PNEPS em 2007, os Pólos passam a ser renomeados como Comissões de Integração – Ensino Serviço (CIES), a fim de atuarem como instâncias regionais de articulação, fortalecendo o papel das instâncias estaduais, a descentralização, a participação da comunidade desde o planejamento até a gestão das ações (BRASIL, 2007).

Tais mudanças remetem ao desafio de implementação da EPS nos serviços de saúde e, principalmente, da aderência dos profissionais aos seus objetivos e estratégias. O desafio de estabelecer relações dialógicas e compromissos compartilhados em uma equipe multidisciplinar é o primeiro passo a ser enfrentado e, para tal, é fundamental conhecer as experiências em construção, as bases e pensamentos sob os quais estão fundamentadas, seus potenciais e limites concretos. Diante disso, o objetivo de tal estudo foi Analisar as concepções e práticas de EPS nos centros de saúde à luz da PNEPS, especialmente à partir da ótica de coordenadores de saúde.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido utilizando-se do referencial metodológico do Estudo de Caso único, com caráter qualitativo e enfoque descritivo exploratório. O estudo de caso único aborda uma realidade específica, nesse estudo os centros de saúde de uma capital do sul do país; um fenômeno contemporâneo, a Educação Permanente em Saúde e a implantação dessa como política pública no Brasil, sendo que investigação preserva as características holísticas e significativas da vida real (YIN, 2010).

O local do estudo está vinculado à CIES da Grande Florianópolis, essa abrange 22 municípios e tem sua sede no município de Florianópolis – Santa Catarina, atrelado à isso, o município que compõe o caso instituiu em Outubro de 2011 a Política Municipal de EPS (PMEPS) pela Portaria 041/2011, essa tem como objetivos: Implementar a EPS com ênfase no aprimoramento das práticas profissionais para a melhoria da qualidade da atenção; Desenvolver a EPS na perspectiva do conceito ampliado do processo saúde/doença; Detectar as prioridades locais de saúde; Apoiar a formação, participação, qualificação, informação e intercâmbio dos profissionais de saúde; Fomentar a pesquisa em saúde e sua disseminação. Além da PMEPS, esse consta com um Núcleo de EPS, composto por profissionais multidisciplinares e instituído em 2010 pela Portaria 037/2010 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012b).

Os participantes da primeira etapa da pesquisa (entrevista) foram quinze coordenadores de saúde, sendo que esse quantitativo se deu por meio da saturação dos dados, no momento em que ao realizar as entrevistas não se obtinha nenhum dado ou informação nova, repetindo-se as anteriores. A escolha desses participantes se deu por meio de amostra intencional, pois o estudo de caso único segue a lógica de amostragem, sendo selecionados participantes que estejam inseridos no fenômeno a ser estudado, especialmente quando os pesquisadores necessitam de respostas de especialistas ou, como no caso, de profissionais que se inserem nas práticas de EPS (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A amostragem desenvolveu-se da seguinte forma, em um primeiro momento a pesquisadora entrou em contato com a representante do Núcleo de EPS da capital, sendo agendada uma reunião para que essa pudesse indicar os coordenadores que estivessem articulados com práticas de EPS. Após a indicação dos coordenadores entrou-se em contato diretamente com esses por via telefônica e agendou-se as entrevistas, durante a qual solicitava-se a participação em uma reunião de EPS que esses fizessem presentes, para desenvolvimento de observação das atividades (segunda etapa da coleta). Dos quinze coordenadores apenas seis estavam desenvolvendo atividades de EPS nos centros de saúde no período da coleta dos dados, salientando que esse período equivale aos meses de janeiro, fevereiro, março e abril de 2012. Juntamente com as observações diretas realizava-se a análise documental em atas de reuniões, documentos do planejamento estratégico dos centros de saúde, de cursos ou treinamentos, sendo que das seis observações somente cinco centros de saúde dispunham desses materiais. Para as entrevistas utilizou-se de um gravador digital, sendo as mesmas transcritas na íntegra de modo a manter a fidedignidade, enquanto para as observações e análise documental utilizou-se de um diário de campo.

A triangulação dos dados foi desenvolvida como um critério para efetivar um estudo de caso. A utilização de diversas fontes para a coleta de dados é fundamental para este método, que deve ter a coleta orientada por três princípios, quais sejam, utilização de várias fontes de evidências, a criação de um banco de dados formal e apresentável, e a manutenção do encadeamento de evidências (YIN, 2010).

A análise dos dados ocorreu da seguinte forma, em um primeiro momento realizou-se a transcrição na íntegra de cada entrevista e a leitura profunda dessa; após segunda leitura com análise prévia à luz dos pressupostos estabelecidos na Política Nacional de EPS (PNEPS); o terceiro momento foi a construção de diagramas e quadros com depoimentos, trechos de observações e de análises documentais correspondentes a mesma lógica à luz da PNEPS; no quarto momento estruturou-se a categoria EPS possibilidades e desafios entre ensino, serviço, gestão e equipes de saúde, em seguida desmembrou-se essa em subcategorias e, por último, realizou-se a análise descritiva das subcategorias.

A fim de contemplar as exigências da Resolução 196/96, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob Parecer n. 2340/2011. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantido o anonimato assim como respeitado a decisão de desistência por parte desses. Para a garantia do anonimato são usadas letras e números para identificar as entrevistas, as observações e as análises documentais, sendo referido aos coordenadores a letra C e em seguida um número em ordem crescente (C1,C2,C3,C4,...), para as observações a letra O e em seguida um número em ordem crescente (O1,O2,O3,...) e para as análises documentais a letra A e em seguida um número em ordem crescente (D1,D2,D3,...).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados apresentados a seguir foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturada, da observação direta e da análise documental. Após a análise elaborou-se duas categorias principais, quais sejam, *EPS: ferramenta para a interdisciplinaridade* e *EPS: espaço para a verticalização do saber*.

EPS ferramenta para a interdisciplinaridade

A primeira categoria abordou a questão dos múltiplos atores envolvidos no processo de implementação de EPS nos centros de saúde, a troca e a relação dialógica estabelecida entre esses, a participação ativa de estudantes de graduação e de órgãos gestores nos momentos de EPS e no processo de implementação, bem como a utilização de metodologias ativas para o desenvolvimento das atividades.

Em relação ao ensino, eles participam em todas as reuniões, a medicina como tem o internato participa em todas as reuniões; tem a de nutrição, todos participam, incluindo o PET, eles acabam participando em algum momento (C2).

Nós temos alunos de graduação da enfermagem, medicina e da odontologia; eles participam da EPS, mas assim quando há interesse dos alunos no assunto e quando fecha o horário, se os alunos estiverem eles participam (C9).

Aqui a gente tem os residentes, desde que eu estou aqui sempre tinha uma parte do ensino e pesquisa; eu acho interessante ter estudantes na unidade, quando ele entra ele traz informações questiona quem esta parado e nesse sentido estimula os profissionais (C6).

No depoimento do C9 a participação dos acadêmicos de diversas áreas nos momentos de EPS ocorre a partir do interesse e disponibilidade, o que remete ao limite de sua articulação no processo de EPS. É imprescindível a participação do ensino nos momentos de EPS e em todo o seu processo de implantação e desenvolvimento. Para tanto se faz necessário que os acadêmicos se integrem de maneira ativa e participativa, como na perspectiva que retrata o valor que o estudante tem nos processos de EPS, quando esse se apresenta ativo e participativo, estimulando a troca com os profissionais (C6), também evidenciado na nota de observação abaixo.

O3: *As instituições formadoras estão presentes na EPS com alunos de graduação e pós graduação participando das reuniões de planejamento da equipe.*

É importante ressaltar que o município em que foi desenvolvido o estudo possui uma Rede Docente Assistencial (RDA), que tem como objetivo subsidiar a qualificação dos profissionais de saúde, por meio da articulação com programas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em uma perspectiva humanística, de excelência técnica e em um contexto interdisciplinar, fomentando a qualidade nos serviços prestados à população (SECRETARIA DA SAÚDE, 2012b). Essa rede se torna, assim, um elo formal de articulação entre ensino, serviço e controle social, propiciando a integração entre acadêmicos de diversos cursos e profissionais multidisciplinares, valorizando a troca de saberes e a qualidade na prestação de cuidados.

A relação com ensino deve transpassar a barreira docente, englobando os movimentos estudantis de força política cidadã nos processo de EPS, onde esse se torna ator político principal das instituições formadoras, protagonizando a construção de inovações no ensino e no serviço (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). É com esse intuito que o ensino necessita estar presente na EPS, para que juntamente com o serviço e os profissionais possam modificar a realidade a qual estão inseridos, indo ao encontro do estabelecido pelos princípios e diretrizes SUS, reforçando o controle social.

A relação ensino - serviço estabelecida nesses depoimentos mostra a ligação entre os estudantes e os momentos de EPS desenvolvidos nos serviços, a participação das diferentes disciplinas nesse contexto fomentando a interdisciplinaridade. É importante ressaltar que a participação desses acadêmicos não ocorre de forma verticalizada imposta pelos professores e profissionais, essa participação enfatiza a troca entre esses sujeitos, oportunizando melhores formas no atendimento a ser prestado à população.

Todos os profissionais da equipe até o pessoal da limpeza, mesmo não sendo da equipe técnica, os agentes de saúde, o pessoal do administrativo, os médicos, os enfermeiros, os técnicos de enfermagem. [...] Há uma boa relação entre os profissionais, discutem os casos, não tem essa coisa de monopólio do saber [...] (C3).

A gente discute o que precisa melhorar e o que está bom, sempre tem alguma coisa diferente e em cima disso a gente vai discutindo, o pessoal vai participando. [...] Às vezes tem aluno de nutrição, odontologia também (C15).

[...] Existe uma flexibilização bem ampliada de que os diferentes saberes é que permeiam o processo de trabalho que a gente tem aqui, e com isso as relações de poder entre as categorias profissionais acabam sendo minimizadas, as barreiras do saberes do conhecimento especializado de cada categoria acaba sendo dissolvida com a ampliação do conhecimento de todos (C12).

[...] embora não tenha um subsidio teórico, esse espaço para a discussão dos

problemas da unidade são formas de EPS mesmo, elencar problemas, levantar hipóteses, todo mundo tem o mesmo espaço para opinar e chegar a um consenso (C13).

Cada um tem um papel dentro da equipe, assim cada um desenvolve o seu papel e se vê no mesmo nível, eu acho que há uma diversificação bem grande nesse sentido, não está centrado em ninguém o conhecimento (C9).

O estabelecimento do diálogo entre os profissionais é a chave principal para se estabelecer um processo de EPS interdisciplinar, que vise à troca de saberes e vivências, quando os profissionais utilizam-se do diálogo participam de forma ativa dos momentos de EPS, enriquecendo esse espaço e o viabilizando como potencializador na transformação das práticas em saúde. Como explicitado, o diálogo minimiza as relações de poder sem negar o conhecimento e o papel de cada profissional na equipe, mas ao evitar a centralidade em um só profissional, o que gera o fortalecimento da interdisciplinaridade nos serviços. Essas questões também estiveram presentes nas notas de observações:

O1: A organização ocorre entre todos os integrantes da equipe, existe uma relação harmoniosa entre a equipe, em alguns momentos uma categoria se impõe sobre a outra, mas não é o que prevalece, sendo a flexibilização das especialidades efetivada por meio do diálogo entre os profissionais.

O6: Todos participavam e davam a sua opinião e a partir das discussões planejavam as ações. Todos possuíam a autonomia de aceitar ou não o que havia implantado. Os profissionais estão organizados por grupos de trabalho.

O diálogo está presente no universo humano, o homem dialoga consigo, com o mundo e com o seu criador, é nessa interlocução sobre os desafios e problemas que o homem se faz histórico (FREIRE, 2007b). O diálogo se torna uma ferramenta para modificar as relações profissionais, estabelecendo uma igualdade de saberes, realçando a experiência e a visão do mundo que cada ser humano possui frente a mesma realidade, desse modo constituindo-se como primordial para o alcance da interdisciplinaridade nos serviços de saúde.

Essa peça chave na EPS se insere para além das relações entre profissionais, mas juntamente com acadêmicos de áreas distintas da saúde, quando os momentos de troca entre profissionais e acadêmicos fomentam a autonomia de ambos, fortalecendo a sua inserção nos espaços de EPS e viabilizando sua consolidação nos serviços de saúde. Abordar questões da unidade e da comunidade favorece o processo de discussão nos momentos de EPS quando o tema envolve todos os profissionais em relações horizontais, almejando alcançar melhorias para a organização dos serviços de saúde e as ações prestadas à população. Preconizar o momento histórico, social, econômico, político e ético, faz com que a EPS transcenda os modos tradicionais de educação, onde por meio da práxis transformadora, ação – reflexão – ação, a articulação entre teoria e a prática, servia como fomento da cidadania, desse modo proporciona aos sujeitos envolvidos construir um conhecimento tanto individual como coletivo, fundamentado na liberdade (SILVA et al., 2010).

A gente fez dinâmica de grupo; agora com as plantas a gente esta fazendo hortas, cartazes, utilização de recurso áudio visual, geralmente a gente usa o que está disponível na unidade (C10).

Entre uma hora se utiliza para a EPS com recurso áudio visual, eu procuro que os alunos tragam coisas bem simples, que possa ser fácil, eu deixo espaço para as pessoas questionarem, ou aprofundarem mais; tem discussão, às vezes o pessoal traz algum folder, o objetivo é gerar discussão (C7).

Se tu fores ver a disposição das cadeiras são em círculo, existe uma troca de saberes, não existe alguém que tem conhecimento e outro não, é claro que a gente prepara um material, traz um material para a discussão, mas isso não é soberano (C11).

A metodologia que permeia o trabalho da EPS é o método do Paulo Freire, onde a gente discute em roda, o próprio método de trabalho que exige a participação dos usuários, e tudo é discutido nos pressupostos de Paulo Freire, que permeia todos os momentos de discussão e reuniões (C12.)

Nos momentos de EPS é fundamental que os profissionais utilizem estratégias para organização e realização, como expresso pela valorização de dinâmicas de grupos e recursos disponíveis nos serviços. Isso faz com que os profissionais despertem a criatividade e a reflexão crítica frente aos temas a serem discutidos. A participação dos acadêmicos como atores principais da organização e discussão dos temas da EPS é outro recurso que revela a importância dada ao compartilhamento de finalidades, que irão fundamentar o processo de ensino e aprendizagem significativo.

As concepções teóricas de Paulo Freire proporcionam um pensar e fazer em saúde crítico e criativo que contribui para a formação do diálogo, pautado em uma comunicação aberta, participativa, compartilhada, para isso é necessário compreender que a educação é uma ferramenta que auxilia no cuidado em saúde (CHAGAS et al., 2009). A articulação entre educação e saúde, orientada pela problematização promove o diálogo entre profissionais e comunidade, a autonomia cidadã se institui e os sujeitos adotam uma postura ativa frente a suas realidades (FERNANDES; BACKES, 2010).

04: Participantes: enfermeiros, ACS, médicos, odontólogos, atendentes, agentes de endemias. A gestão, a organização e problemas da comunidade foram discutidos pelos profissionais, por meio da exposição do planejamento feito e o que foi realizado em 2011.

A metodologia da problematização é direcionada pela visão crítica sobre a realidade, mediada pela relação educação e sociedade; visa à transformação social por meio da consciência de si do outro como cidadãos, numa perspectiva libertadora e emancipatória (CYRINO; PEREIRA, 2004). A aprendizagem significativa está intrínseca ao processo de problematização da realidade, pois ao problematizar novas visões acerca da realidade são construídas, em processos crítico-reflexivos, nos quais o conhecimento apreendido será significativo e engajado.

A disposição do grupo em roda é uma forma dinâmica para se realizar a EPS, visando que todos os participantes coloquem-se em igual abertura, disposição e condições para a troca de experiências e conhecimentos. Também foi demonstrado o suporte no saber científico, porém sem exclusividade ou pretensão de domínio, mas como desencadeador da discussão entre os profissionais.

Depoimentos referem o aporte em pressupostos teóricos e metodológicos do educador Paulo Freire quando são promovidas discussões em roda, iniciadas a partir da problematização da realidade, que tem se mostrado muito aplicáveis e interessantes aos contextos da educação e saúde, tanto em contextos assistenciais (MARTINS; ALVIM, 2012), como em estudos com os próprios profissionais (MOYA et al., 2010; WATERKEMPER; REIBNITZ, 2010) e, especialmente, em ações de educação em saúde em Estratégias de Saúde da Família (FERNANDES; BACKES, 2010), ou para a integração do cuidado em enfermagem e a educação crítica criativa (CHAGAS et al., 2009).

A problematização define as necessidades e as metodologias a serem adotadas para a realização da EPS nos serviços de saúde, assim, a atualização, capacitação individual ou instituída de forma verticalizada pode ser um dos componentes da EPS, mas não mais seu eixo norteador. “É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas” (BRASIL, 2004, p.10).

A utilização teórica metodológica de Paulo Freire para desenvolver um estudo com integrantes das CIES retrata as necessidades e os desafios enfrentados por eles para efetivar a EPS, e afirma que seguir os pressupostos da PNEPS se torna uma possibilidade concreta em promover a sensibilização dos sujeitos para a transformação, em especial a relação de ensino e serviço. Destaca-se a importância de trabalhar com essa lógica, tornando os sujeitos compromissados com suas ações, fomenta a reflexão sobre o seu processo de trabalho, instiga-os para um pensar crítico e para realizar ações de forma compartilhada e participativa (FERRAZ, 2011).

EPS espaço para a verticalização do saber

A segunda categoria, intitulada “EPS espaço para verticalização dos saberes”, foi elaborada com o direcionamento de uma educação tradicional, na qual os participantes do estudo apontam a EPS como um espaço de maximização das relações de poder e verticalização instituídas, onde a participação do ensino e dos órgãos gestores acontece somente para o repasse de cursos, treinamentos e informações pertinentes a esses, sem vínculo com a realidade local, prejudicando a implementação da EPS nos serviços.

Se a gente quer convidar alguém para falar, está aberta, é discutido, ou se o médico ou outro profissional diz para chamar outra pessoa, se obedece, o pessoal da secretaria municipal de saúde às vezes vem nas reuniões abordar algum assunto, às vezes vem o pessoal do sindicato (C1).

Assim com a secretaria não tem nada, a gente acaba fazendo processos pontuais, autonomamente, quando surgia alguma questão de dúvida geral a gente usava o pessoal do NASF e dos matriciadores [...] (C2).

A utilização de recursos humanos diversificados é identificada como um suporte para a realização dos momentos de EPS, porém isso ocorre de forma verticalizada, fragmentada e sem ligação com as necessidades dos profissionais. Percebe-se que para a transmissão de informações são convidados outros profissionais não vinculados a equipe de saúde, no sentido de trazer um “olhar” diferente e “autorizado”, sem priorizar o próprio

diálogo e as relações interpessoais entre os profissionais de saúde.

No cenário da ESF também são encontradas ações de educação tradicionais, porém direcionadas aos usuários, realizadas a partir do modelo tradicional, biomédico, informativo e preventivo de doenças. A mudança desse modelo se depara com barreiras culturais, institucionais, por políticas excludentes e pela falta de disposição do profissional, o qual refere-se ao modelo emancipatório como inovador e complexo (FERNANDES; BACKES, 2010).

[...] Este apoio com a secretaria acontece assim, nessas reuniões programadas sobre categoria, são oferecidos cursos periodicamente, agora teremos sobre saúde da mulher, já teve sobre saúde mental, esterilização de materiais (C3).

Pela secretaria é mais por categoria, a gente tem é a reunião de categoria profissional de EPS pelo distrito de saúde, todo mês tem um assunto que é discutido, a própria categoria se organiza (C15).

Quando se precisa de um apoio o distrito e a secretaria se envolvem, se convida palestrantes e cada um faz a sua parte, algumas vezes o distrito vem aqui expor alguma coisa (C5).

Nosso distrito também está no planejamento da EPS, porém ele dividiu em categorias profissionais, algumas categorias são contempladas, mas outras são excluídas (C11).

A secretaria e o distrito participam quando nós somos convidados a participar de algum treinamento, que tem os oferecidos pelo distrito e outros pela secretaria, mas eles não vem aqui na unidade (C9).

Nos depoimentos acima são relatadas ações pontuais e destinadas a algumas categorias profissionais e para a abordagem de assuntos específicos, essas ações podem fragmentar a prática e visão que se constrói sobre a mesma, além de muitas vezes serem impostas de forma vertical pelos órgãos gestores do município. No entanto esse município possui uma PMEPS, a qual apresenta em suas diretrizes a adoção de estratégias inovadoras para o desenvolvimento da EPS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012b), o que indica que a PMEPS ainda está em processo de implementação nos serviços e, mesmo possuindo diretrizes que apontem para novas formas de se desenvolver a EPS, isso ainda não está estabelecido nos serviços de saúde devido ao pouco tempo de sua instituição.

D5: *A organização ocorre verticalmente, onde a coordenadora é responsável pela organização das ações dos profissionais.*

O3: *A organização dos profissionais na EPS ocorre de forma verticalizada pela transmissão de saberes, onde um profissional informa e os outros escutam. Utilizaram recurso áudio-visual, porém apenas para exposição de conteúdos e informes, sendo que a reunião é centrada nos informes.*

Práticas de EPS voltadas a conhecimentos técnicos científicos específicos são necessárias, porém não devem ser o foco nem serem realizadas de forma vertical, somente pelo repasse de informações a categorias específicas, sob o risco de fragmentar o processo de EPS.

Este tipo de método de educação profissional tem origem e práticas arraigadas na concepção de Educação Continuada (EC), a qual se diferencia da EPS desde os seus pressupostos até sua direcionalidade e finalidade. Na PNEPS de 2004 essa diferenciação aponta a EC como definida a partir de um suporte teórico, com a finalidade de atualização de conhecimentos específicos, direcionada a categorias profissionais específicas, realizada de modo descendente, ou seja, são impostos temas que, a partir de uma visão superficial, supostamente são pertinentes de serem trabalhados com profissionais específicos, por meio de cursos pontuais e atividades educativas fragmentadas (BRASIL, 2004c).

Também é referida participação de profissionais ligados aos órgãos gestores para o desenvolvimento da EPS no serviço, entretanto essa participação é potencializada para a transmissão de saberes. É necessário que os órgãos gestores estejam vinculados ao processo de EPS dos centros de saúde, mas esse vínculo deve ser instituído por meio da organização compartilhada, tendo o seu foco na transformação da realidade local, buscando suprir as necessidades dos profissionais e usuários.

A PMEPS aponta o fortalecimento de ações integradas de saúde e o estabelecimento de parcerias que propiciem ações abrangentes de EPS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012). Práticas compartilhadas de EPS também estão descritas no regimento interno da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço da Grande Florianópolis (CIES – GRANDE FLORIANÓPOLIS), a qual se insere o município estudado, apontando para a articulação entre instituições, para propor de forma coordenada estratégias de intervenção no campo de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde à luz dos preceitos da PNEPS (CIES-GRANDE

FLORIANÓPOLIS).

Em um estudo realizado com participantes de duas CIES do Estado de Santa Catarina, os integrantes veem a necessidade de incluir representantes dos usuários e a participação ativa das Instituições de Ensino Superiores (IES) e dos gestores na CIES, o que se torna o grande desafio para efetivar as rodas de co-gestão de EPS (FERRAZ, 2011). Indo ao encontro com os achados deste estudo, percebe-se que as ações de co-gestão ainda que instituídas em regimentos e portarias, na prática são incipientes e é fundamental que essas sejam disseminadas nas instâncias locais de saúde, para que possam ser efetivadas à luz dos preceitos da PNEPS.

Existe o pessoal que vem com os alunos, trazem algum tema, um assunto para discutir na reunião, mas não é uma programação específica, eles vem e dizem: - a gente quer falar sobre tal assunto e aí a gente abre, mas não é uma coisa programada, certinha (C4).

Há uma articulação com a universidade [...] é uma coisa muito desfocada, ela não se estende para a EPS da equipe, não existe essa interação, quem recebe pouco alunos tem pouca interação quem recebe muito tem mais interação, talvez isso seja uma das coisas que falte aqui (C13).

Os depoimentos mostram que apesar de avanços ainda existe falta de ligação entre os centros de saúde e os órgãos gestores no que diz respeito ao desenvolvimento da EPS, quando essa relação não existe, o planejamento e a execução das ações no serviço são prejudicadas. O momento no qual ocorre alguma ligação com os órgãos gestores, conforme observado, é quando os profissionais são chamados a participar de algum treinamento, mesmo que tal “oferta” se limite a categorias específicas, elucidando a verticalização de poder e conhecimentos.

Nessa mesma perspectiva centralizadora e verticalizante se demonstra uma ligação com a universidade, no entanto, essa não se estende para as ações de EPS e parece se circunscrever à participação pontual dos acadêmicos na realização da EPS na unidade de saúde, mesmo no depoimento do C13, prevalece o repasse de conhecimentos e não a troca entre acadêmicos e profissionais. Ressalta-se aqui que a RDA instituída no município prevê em seu regimento, integrar estudantes, profissionais de saúde e professores em um processo de ensino-aprendizagem onde todas as unidades se constituam em cenários em potenciais de ensino e com a participação de representação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2012a).

Diante disso, o que se mostra novamente é a fragmentação entre o que está instituído legalmente e o que se é realizado nos serviços, a fragmentação entre a teoria e a prática. Mais uma vez são utilizadas estratégias tradicionais, que valorizam o domínio de conteúdos de expertos, o que reprime a autonomia do profissional, os seus saberes e vivências frente aos novos conhecimentos e, ainda, pode gerar maiores dificuldades de inserção e compreensão do ensino no processo de EPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transformação para a formação e desenvolvimento profissional envolve vários setores e a articulações entre eles, para isso a PNEPS pode constituir-se da principal ferramenta para consolidar essas mudanças. Como evidenciado nesse estudo uma grande parte de profissionais ainda tem distante de suas realidades a articulação entre as esferas de gestão, a comunidade, os trabalhadores e o ensino, e quando existem tais experiências estas, em muitos casos, não superaram os modelos tradicionais de relações verticalizadas e foco na transmissão de saberes.

A atuação do ensino e dos serviços de saúde nos processos de EPS deve ocorrer de forma horizontalizada, compartilhada e participativa, almejando a troca de conhecimentos e experiências entre os diversos atores envolvidos. Para que possa ser efetiva a transformação das práticas em saúde e a EPS utilizada como estratégia viabilizadora para tal, a interdisciplinaridade e a gestão compartilhada são fundamentais nesse processo.

Essa nova forma de organização, que visa o compartilhamento de saberes é visto na maioria das concepções e práticas de EPS relatadas pelos coordenadores de saúde, o que sugere potencialidade de transformação da realidade local. Porém essas ainda são incipientes e por isso a necessidade de disseminar experiências inovadoras, para que a EPS seja implementada nos serviços de forma efetiva e que se consolide como uma ferramenta estratégica na dinâmica de funcionamento do SUS, saindo da teoria para as práticas de gestão e ação em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica de Saúde 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N°198 GM/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde.** Polos de EPS Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.648 de 28 de Março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1996/07 de 20 de Agosto de 2007.** Substitui a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

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

CHAGAS, N.R. et al. Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a Enfermagem. **Ciencia Y Enfermeria**, V. 15, n.2, p. 35-40, 2009.

COSTA, P.P. **Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde.** Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Saúde) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

CYRINO, E.G.; PEREIRA, M.L.T. Trabalhando com estratégias de ensino – aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-73, 2010.

FERRAZ, F. **Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço:** perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Paulo Freire. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

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

_____. **Pedagogia do oprimido.** 49 ed. São Paulo: Paz e Terra. 2007b.

MARTINS, P. A. F.; ALVIM, N. A. T. Plano de cuidados compartilhado junto a clientes estomizados: a pedagogia Freireana e suas contribuições à prática educativa da enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 286-294, 2012.

MOYA, J.L.M. et al. La enfermería como grupo oprimido: las voces de las protagonistas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 609-17, 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** Avaliação de Evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Regimento Interno da Rede de Articulação Universidade – Sistema de saúde/Rede Docente – Assistencial de Florianópolis.** Disponível em: <<<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=rede+docente+assistencial&menu=0>>>. Acesso em: 10 de novembro de 2012a.

_____. **Política Municipal de Educação Permanente em Saúde.** Disponível em:<<https://docs.google.com/presentation/d/1b2AiE7OynQfDSmmaVLjypMf9wd_prZnDQID8JO9vLzM/edit?pli=1#slide=id.p40>>. Acesso em: 10 de novembro de 2012b.

SILVA, L.A.A. et al. Educação Permanente em Saúde e no trabalho em Enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 557-561, 2010.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K. S. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 84-91, 2010.

YIN, R.K. **Estudo de caso planejamento e método**. 4ed . Porto Alegre: Bookman, 2010.

CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esse estudo, retoma-se ao objetivo geral e os objetivos específicos para identificar o alcance dos mesmos, contribuições derivadas e possíveis vieses e lacunas.

O presente estudo teve como objetivo geral: - Analisar as concepções e práticas de Educação Permanente em Saúde a partir da experiência dos coordenadores dos centros de saúde de Florianópolis/SC, à luz dos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Ao propor analisar as concepções e práticas de EPS na perspectiva de coordenadores de saúde, não se restringiu o foco ao pensamento e ação destes coordenadores, mas estes sujeitos foram considerados informantes privilegiados e representativos de um conjunto maior de atores. Apesar desta perspectiva, a delimitação destes participantes pode ser tomada como um limite do estudo, o que se buscou atenuar por meio da triangulação dos métodos de coleta de dados.

Foi fundamental utilizar ferramentas que possibilitassem identificar concepções e práticas e, para isso, o referencial teórico e a matriz analítica elaborada subsidiaram com maior clareza metodológica e mostraram-se instrumentos imprescindíveis para direcionar o processo de coleta e análise dos dados e para alcançar os objetivos desse estudo. Quanto às estratégias utilizadas, por meio da entrevista semiestruturada e da observação direta conseguiu-se identificar as concepções que permeiam e orientam as práticas e como estas de fato são desenvolvidas, segundo a ótica de coordenadores de saúde. Já a análise documental auxiliou para identificar a organização da EPS nos serviços, fortalecer e esclarecer as práticas de EPS realizadas.

As concepções que estiveram presentes nesse estudo foram direcionadas pelo entendimento da EPS como um processo educativo que auxilia e fortalece a troca de conhecimentos entre os profissionais da saúde, a comunidade, o ensino e os órgãos gestores, e que possui seu foco na educação no trabalho e para a transformação desse. Isso pode ser refletido mediante a PMEPS e a RDA instituída no município, estratégias que viabilizam a disseminação de um processo de EPS compartilhado e com foco na transformação das práticas em saúde.

Em contraponto, a outra direcionalidade foi da EPS como um processo educativo que visa à qualificação do profissional de saúde e é direcionada a categorias ou saberes específicos e não pela organização do trabalho e sua complexidade. Essa concepção foi expressiva nos depoimentos, observações e análise documental, o que reflete outra vertente, ainda que haja a instituição de estratégias inovadoras para o desenvolvimento da EPS seguida pelos pressupostos da PNEPS, essas ainda se concentram na teoria e em processo de implementação nos serviços de saúde.

Esses dois eixos identificados podem ser resultados na mudança do modo de se pensar e fazer a saúde e pela articulação entre os setores da educação e da saúde, principalmente a partir da implantação do SUS em 1988 e da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001, como marcos para a reformulação das duas áreas. O processo de mudança de concepção, porém, é lento e conflituoso, exige comprometimento, solidificação e empenho por parte de todos os atores em relação ao novo, do mesmo modo, que o alcance de resultados positivos e avanços coerentes dependem tempo e sugere o enfrentamento de desafios à todo momento.

Em que pese as dificuldades deste processo de mudança, a grande maioria dos coordenadores apresenta a sua concepção voltada para o novo, para os pressupostos da PNEPS, identificando a necessidade de se trabalhar a partir de uma nova perspectiva para conseguir alcançar a transformação nos serviços, necessárias à efetiva qualidade do atendimento prestado à população. Esse resultado confirma a EPS como ferramenta estratégica para a dinâmica de funcionamento do SUS, sendo assim refletida, discutida e posta em prática por alguns profissionais de saúde. Porém, ainda é necessário que todos os sujeitos envolvidos na implantação/implementação da EPS participem desse movimento de mudança e aderência aos pressupostos da PNEPS.

Ainda que por um número menor de coordenadores, a concepção da EPS direcionada à educação tradicional, verticalizada e com foco em saberes específicos se encontra presente. Esse resultado elucida a dificuldade em se trabalhar com o novo, em novas formas de realizar a educação no serviço ou, ainda de concretizar os pressupostos da PNEPS. Aqui se destaca a importância de disseminar os pressupostos da PNEPS e de proporcionar espaços para que as ações se desenvolvam de forma horizontal, compartilhada e participativa, com o envolvimento de todas as categorias profissionais, prevendo e efetivando dispositivos de gestão da EPS, só com tais elementos será possível estabelecer a articulação entre ensino, serviço, comunidade e trabalhadores de saúde.

As práticas de EPS observadas e analisadas nesse estudo expressaram duas faces: a primeira ilustra uma prática transformadora, que busca por meio da EPS fomentar a interdisciplinaridade nos serviços e a articulação entre os diversos setores; a segunda apresenta-se com aspectos verticalizantes e fundamentados na transmissão do saber. Em vários momentos da análise os depoimentos de coordenadores apresentavam a EPS como uma prática realizada a partir dos pressupostos da PNEPS e mediante as observações era identificado o oposto, assim como depoimentos que estabeleciam a prática de EPS fundamentada em saberes especializados contrastavam com observações que já anunciavam esforços e resultados de práticas inovadoras e transformadoras.

Neste panorama, pela identificação de práticas compartilhadas e desenvolvidas segundo os pressupostos da PNEPS, evidenciou-se que, apesar de limites concretos, essas vem sendo desenvolvidas a partir das necessidades

locais da comunidade, dos profissionais e dos serviços, pela utilização de estratégias metodológicas que propiciavam o diálogo, a troca de experiências e saberes dos diversos atores e pela articulação com órgãos de ensino e gestão. A articulação entre ensino e órgãos gestores, geralmente acontece separadamente, pela participação de diferentes atores, de instituições de ensino ou de órgãos gestores nos processos de EPS, o que mostra a lacuna existente nessa articulação, mesmo quando é estabelecida por práticas descentralizadoras e interdisciplinares. Tal lacuna demonstra a complexidade de estabelecer a EPS como um quadrilátero, onde estejam articulados ensino, serviço, órgãos gestores e comunidade.

A segunda face das práticas foi evidenciada com a desarticulação entre ensino e órgãos gestores, ou quando as ações acontecem de forma verticalizada, por meio de cursos programáticos, reuniões de informes para categorias específicas e treinamentos para categorias profissionais diferenciadas. Remete-se, novamente, à lacuna encontrada nesse estudo, relativa ao grande desafio em articular de modo descentralizador e transdisciplinar as esferas de gestão, o ensino, o serviço e a população.

Como últimas reflexões, cabe ressaltar a importância de difundir e aperfeiçoar, em diferentes realidades, aquelas estratégias que se mostram potencializadoras da EPS. Vislumbram-se caminhos para modificar as práticas em saúde, mas estes iniciam pela mudança das concepções dos próprios profissionais, em ruptura com modelos de educação tradicional. Mesmo que tal ruptura não represente o desprezo de recursos educativos tradicionais, que possuem utilidade em ações no campo da saúde, estes não pode ter centralidade ou serem tomados como fins em si mesmos ou como principal forma de efetivar a EPS nos serviços de saúde.

Nesse sentido, a transformação para a formação e qualificação profissional envolve vários setores e as articulações entre eles, o que torna fundamental a pesquisa e a reflexão sobre as possibilidades e desafios enfrentados por esses, identificando novas formas de se pensar e efetivar a EPS nos serviços de saúde, atuando como ferramenta potencializadora na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001.
- ALVES, M.; PENNA, C.M.M.; BRITO, M.J.M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 57, n. 4, p.441-446, 2004.
- AMESTOY, S.C. et al. Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 383-387, 2010.
- BARTH, P.O. **Educação Permanente em Saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. Trabalho de Conclusão (Especialização em Saúde Coletiva: Ênfase em Saúde da Família)** Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência Social. 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Previdência Social, 1986.
- _____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica de Saúde 8.080-90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº198 GM/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de EP dos trabalhadores do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- _____. Ministério da Saúde. **Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto. EPS Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria n.648 de 28 de Março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1996/07 de 20 de Agosto de 2007**. Substitui a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília (DF), 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF), 2012.
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 99-407, 2007.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.4, p.975-986, 2005.

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

CICONET, R.M.; MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 26, p. 659-666, 2008.

COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO – SERVIÇO GRANDE FLORIANÓPOLIS (CIES – GRANDE FLORIANÓPOLIS). **Regimento Interno**. São José. Maio, 2009.

CHAGAS, N.R. et al. **Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a Enfermagem**. *Ciencia Y Enfermeria*, v. 15, n.2, p. 35-40, 2009.

COLOMÉ, I.C.S.; LIMA, M.A.D.S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.2, p.256-261, 2008.

COSTA, P.P. **Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Saúde) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

COSTA, V.Z. et al. Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo. **Investigação Educação e Enfermagem**, v. 28, n.3, p. 336-344, 2010.

CYRINO, E.G.; PEREIRA, M.L.T. Trabalhando com estratégias de ensino – aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

DAVINI, M.C.; NERVI, L.; ROSCHKE, M.A. **Capacitación del personal de los servicios de salud**. Quito: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2002. Disponível em: <<http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSR/HSR02/libro3-obsrrhh.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

FELICIANO, K.V.O. et al. Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 1, p. 45-53, 2008.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-73, 2010.

FERRAZ, F. **Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Paulo Freire**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p.743-752, 2009.

FLÔR, R.C.; GELBECKE, F.L. Tecnologias emissoras de radiação ionizante e a necessidade de educação permanente para uma práxis segura da enfermagem radiológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n.5, p. 766-770, 2009.

FREIRE. **Educação como prática da liberdade**. 30ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007a.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 49 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007b.

GANONG, L.H. Integrative Review of Nursing Research. **Research Nursing Health**, v.10, n.1, p. 1-11, 1987.

- GIRADE, M.G.; CRUZ, E.M.N.T.; STEFANELLI, M.C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.40, n.01, p. 105-110, 2006.
- GUIMARÃES, E.M.P.; MARTIN, S.H.; RABELO, F.C.P. Educação permanente em saúde: Reflexões e desafios. **Ciencia y Enfermeria**, v.16, n.2, p. 25-33, 2010.
- HADDAD, J.Q.; ROSHCKE, M.A.C; DAVINI, M.C. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.100. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1994.
- IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=420540>>. Acesso em: 13 set. 2011.
- LAVADO, M. M. et al.Avaliação do processo de trabalho médico no programa saúde da família: uma ferramenta para educação permanente. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.36, n.2, p.75-81, 2007.
- LIMA, S.G. et al.Educação Permanente em SBV e SAVC: Impacto no Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 93, n. 6, p. 630-636, 2009.
- LINO, M.M. et al. Educação Permanente dos Serviços de Públicos de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.7, n.1, p.115-136, 2009.
- LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação Ciências Saúde**, v.18, n.2, p.147-155, 2007.
- MANCIA, J.R.; CABRAL, L.C.; KOERICH, M.S. Educação Permanente no Contexto da Enfermagem e da Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 57, n.5, p-605-610, 2004.
- MANO, A. M. A educação em saúde e o PSF resgate histórico, esperança eterna. **Boletim da saúde**, Porto Alegre. v. 8, 2004.
- MARANDOLA, T.R. et al.Educação permanente em saúde: conhecer para compreender. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 53-60, 2009.
- MARTINS, P. A. F.; ALVIM, N. A. T. Plano de cuidados compartilhado junto a clientes estomizados: a pedagogia Freireana e suas contribuições à prática educativa da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 286-294, 2012.
- MARX, K. **O capital**. v. I. 8ed. São Paulo: Difel, 1983.
- MATOS, E. **A contribuição da prática interdisciplinar na construção de novas formas de organização do trabalho em saúde**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- MCCONNELL, K.J.; NEWLON, C.; DICKERHOFE, J. A Model for Continuing Pharmacy Education. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 73, Issue 5, Article 87, 2009.
- MENDES, I.A.C. Desenvolvimento e Saúde: A Declaração de Alma Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino Americana em Enfermagem**, v.12, n.3, p.447-448, 2004.
- MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p.758-64, 2008.
- MENDONÇA, F.F. et al.Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2593-2602, 2010.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educacion Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo em Salud. **Salud Coletiva**, Buenos Aires. v.2, n.2, p.147-160, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 8ª edição. São Paulo. Editora: Hucitec; 2004.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n.3, p. 597-604, 2010.

MOYA, J.L.M. et al. La enfermería como grupo oprimido: las voces de las protagonistas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 609-17, 2010.

MUROFUSE, N.T. et al. Diagnosis of the situation of health workers and the training process at a regional center for professional health education. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 314-320, 2009.

NICOLETTO, S.C.S. et al. Polos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 209-219, 2009.

NUNES, M.F. et al. A proposta da Educação Permanente em Saúde na formação de cirurgiões-dentistas em DST/HIV/Aids. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, v. 12, n. 25, p. 413-20, 2008.

OLIVEIRA, M.A.N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 585-589, 2007.

ORTIZ, M.C.L.; RIBEIRO, R.P.; GARANHANI, M.L. Educação à distância: uma ferramenta para educação permanente de enfermeiros que trabalham com assistência perioperatória. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 558-565, 2008.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; MÉIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da escola de Enfermagem da USP**. Vol.41, n.3, p.478-484, 2007.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n.1, p.103-109, 2001.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009.

PINTO et al. Desdobramentos da Educação Permanente em Saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trabalho Educação e Saúde**, v.8, n.1, p.77-96, 2010.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

PIRES, D.; GELBECKE, F.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n.2, p. 311-325, 2004.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Avaliação de Evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Gerência de Controle e Avaliação Setor do SCNES municipal e do Sistema RAAI-RAAC. **Posição das Equipes SF, quanto ao modelo de atenção no SCNES (Sistema de Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) do município**. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2011a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Janeiro à Dezembro de 2010. Disponível em: <<http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=govgestao&menu=2>>. Acesso em: 01 nov. 2011b.

_____. **A cidade.** Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/turismo/index.php?cms=a+cidade&menu=6>>. Acesso em: 20 set. 2011c.

_____. **Divisão dos distritos sanitários por Centros de Saúde no Município de Florianópolis.** Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>>. Acesso em: 20 set. 2011d.

_____. **População 2010.** Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2010_index.php>. Acesso em: 20 set. 2011e.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do secretário. **Portaria nº 037/2010.** Florianópolis, Agosto, 2010.

RIBEIRO, K.S.Q.S. et al. Discutindo o Cotidiano das Equipes de Saúde da Família: A Experiência da III Oficina de Atenção Básica da UFPB. **Caderno FNEPAS**, v. 1, s/n., p.51-63, 2011.

RODRIGUES, A.C.S.; VIEIRA, G.L.C.; TORRES, H.C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 531-537, 2010.

ROSHCKE, M.A.C; DAVINI, M.C; HADDAD, J.Q. Educación Permanente y trabajo em Salud: Unproceso em construcción. **Educación Médica Salud**, v. 27, n. 4, 1993.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, v. 1, n.1, p. 1-15, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Regimento Interno da Rede de Articulação Universidade – Sistema de saúde/Rede Docente – Assistencial de Florianópolis.** Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=rede+docente+assistencial&menu=0>>. Acesso em: 10 de novembro de 2012.

_____. **Política Municipal de Educação Permanente em Saúde.** Disponível em:<https://docs.google.com/presentation/d/1b2AiE7OynQfDSmmaVLjypMf9wd_prZnDQID8JO9vLzM/edit?pli=1#slide=id.p40>. Acesso em: 10 de novembro de 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Superintendência de Planejamento e Gestão Comissão Intergestores Bipartite. Diretoria de Educação de Educação Permanente em Saúde. Divisão de Educação Permanente em Saúde. Fórum das Comissões de Integração Ensino-Serviço/SC. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde Santa Catarina – Brasil 2010 -2013.** Florianópolis, 2009.

SILVA, B.T.et al.Educação permanente: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência. **Ciencia Cuidado Saude**, v. 7, n. 4, p. 256-261, 2008.

SILVA, L.A.A. et al.Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 340-348, 2011.

SILVA, L.A.A. et al.Educação Permanente em Saúde e no trabalho em Enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 557-561, 2010.

SILVÉRIO, J.B. Programa de educação permanente para médicos de família. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, n. 60, supl. 4, p. 560-566, 2008.

SOUZA, R.C.R. et al.Educação permanente em enfermagem e a interface com a ouvidoria hospitalar. **Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 85-94, 2010.

TAVARES, C.M.M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto e Contexto em Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 287-295, 2006.

TRONCHIN, D.M.R., et al.Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares.

Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol.43, n.Esp2, p.1210-1215, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. **Instrução Normativa 06/PEN/09, de 02 de dezembro de 2009.** Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2009.

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




VILLAS BÔAS, L.M.F.M.; ARAÚJO, M.B.S.; TIMÓTEO, R.P.S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p.1355-1360, 2008.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K. S. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 84-91, 2010.

YIN, R.K. **Estudo de caso planejamento e método.** 4ed . Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Protocolo para a realização da Revisão Integrativa de Literatura.

 <p>Universidade Federal de Santa Catarina</p>	 <p>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p> 
<p>PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</p>	
<p>I. RECURSOS HUMANOS</p>	
<p>Mda. Priscila Orlandi Barth¹ (pesquisador responsável), Profa. Dra Flávia Regina Souza Ramos² (pesquisador orientador)</p>	
<p>II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração protocolo: 1, 2* - Avaliação do protocolo: 2 - Coleta de dados: 1 - Seleção dos estudos: 1 - Checagem dos dados coletados: 1 - Avaliação crítica dos estudos: 1 - Síntese dos dados: 1 - Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1, 2 - Apreciação final, avaliação e sugestões: 1, 2 - Revisão final a partir de sugestões do orientador: 1 - Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1, 2 <p>* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.</p>	
<p>III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO</p>	
<p>Doutouranda Laura Profª. Jussara Gue Martini</p>	
<p>IV. PERGUNTA:</p>	
<p>Como se apresentam, na produção científica, as concepções e práticas de educação permanente em saúde na América Latina?</p>	
<p>V. OBJETIVO:</p>	
<p>Identificar, a partir da produção científica, as concepções e práticas educação permanente em saúde – EPS na América Latina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as concepções que os profissionais de saúde possuem sobre a EPS; • Identificar as ações de EPS que os profissionais de saúde estão desenvolvendo em seu cotidiano; • Identificar aspectos/características da relação EPS e necessidades de saúde; • Identificar aspectos/características da relação EPS com a atenção primária à saúde; • Identificar aspectos/características da relação EPS com as políticas públicas de saúde; • Identificar aspectos/características da relação EPS com os profissionais enfermeiros. 	
<p>VI. DESENHO DO ESTUDO</p>	
<p>Trata-se de uma Revisão Bibliográfica da Literatura, com abordagem qualitativa. As etapas serão conduzidas a partir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Escolha da pergunta de pesquisa; 2) Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; 3) Seleção da amostra e armazenamento em planilhas do Word Excel; 4) Inclusão dos estudos selecionados em formato de tabela construída a partir do Microsoft Excel, 5) Análise dos resultados, identificando diferenças e conflitos; 	

6) Discussão e análise dos resultados;

Apresentação do estudo em forma de manuscrito científico

VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estudos que contenham os termos listados neste protocolo no resumo, no título e que estejam publicados nos idiomas inglês, espanhol e português, disponíveis online na forma completa, no período de 2005 até o primeiro semestre de 2011.

VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Trabalhos publicados anteriormente ou posteriormente ao período de 2005 até primeiro semestre de 2011. Obras que não estão disponíveis online. Estudos duplicados nas bases de dados, editoriais de periódicos, Publicações Institucionais como manuais (muitas vezes estão indexadas em bases de dados) e documentos governamentais.

IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)

As estratégias de buscas serão realizadas com base nos termos chave, listados abaixo.

- 1) Educação em Saúde
- 2) Educação continuada
- 3) Educação Permanente em Saúde

BASES DE DADOS

Literatura Latino - americana em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Biblioteca Cochrane, Scientific Electronic Library Online (SCIELO)

X. COLETA DOS DADOS

A busca dos trabalhos será realizada através do acesso às bases de dados supracitadas. Todos os trabalhos encontrados, que atendam aos critérios de inclusão serão submetidos à próxima etapa deste protocolo.

XI. CAPTAÇÃO DOS TRABALHOS

Os dados serão coletados nas bases de dados mencionadas acima, utilizando as respectivas palavras chave.

XII. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

Para análise dos estudos, no primeiro momento será realizada a leitura flutuante dos resumos para verificar se estão enquadrados na temática proposta nesta investigação; após, os manuscritos selecionados serão lidos na íntegra e armazenados. Os dados serão organizados e as categorias estipuladas.

XIII. INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES

- Título do artigo
- Periódico
- Ano de publicação
- Objetivo do estudo
- Abordagem metodológica
- População do estudo
- Principais resultados e discussões do estudo

XIV. DIVULGAÇÃO

O manuscrito será encaminhado para um periódico que ainda será definido pelos pesquisadores após passar pela banca avaliadora da dissertação.

XIV. CRONOGRAMA

Atividade	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Elaboração Protocolo						
Validação						
Busca dos estudos						
Seleção dos estudos						
Organização dos estudos e categorização						
Análise						
Discussão e resultados						
Elaboração do manuscrito de revisão de literatura						
Finalização do manuscrito.						

XV. REFERÊNCIAS:

BIREME. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde [base de dados na Internet]. São Paulo: BIREME; [acesso em 04 abril 2011]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>

APÊNDICE 2

Título	Periódico	Objetivo do estudo	Ano	Abordagem metodológica	População do estudo
A Educação Permanente da Equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental	Texto & Contexto Enfermagem	Analisar a necessidade de educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidar nos serviços de saúde mental.	2006	Pesquisa Qualitativa Exploratória Descritiva	Profissionais de enfermagem
Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Fazer uma reflexão sobre os conceitos de educação continuada, educação em serviço e educação permanente mais utilizados para denominar os programas de atualização do enfermeiro, com foco na assistência de enfermagem psiquiátrica.	2006	Reflexão Teórica	
Avaliação do processo de trabalho médico no programa saúde da família: uma ferramenta para educação permanente.	Arquivos Catarinense de Medicina	Avaliar o processo de trabalho do médico no programa saúde da família de um município do Vale do Rio Itajaí – SC, propondo estratégias para educação permanente.	2007	Pesquisa Qualitativa Exploratória Descritiva Estudo de Caso	Profissionais Médicos
Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios	Revista Brasileira de Enfermagem	Refletir sobre a importância da educação permanente em saúde na promoção do processo de mudança nos docentes do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, estabelecer estratégias para a promoção da Educação Permanente em Saúde e apontar as possibilidades e os desafios para a operacionalização da EAD como estratégia para a Educação Permanente em Saúde.	2007	Revisão Bibliográfica	
Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica	Revista Brasileira de Cancerologia	Refletir acerca da formação de pessoas para o enfrentamento do câncer como uma questão de saúde pública, objeto de Política de Estado, em direção a uma Atenção Oncológica integral, pautada pelos princípios ordenadores do SUS.	2007	Reflexão Teórica	
A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva de sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão	Ciência e Saúde Coletiva	Contribuir com a reflexão acerca do fazer gerencial do enfermeiro no PSF, articulando a ação pedagógica/educacional.	2008	Reflexão Teórica	

Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil		2008	Estudo Avaliativo	19 Equipes de saúde da família
Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS	Interface Comunicação Saúde e Educação	Relatar a experiência da Educação Permanente com trabalhadores de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência de Porto Alegre.	2008	Relato de experiência	Profissionais de saúde
A proposta da Educação Permanente em Saúde na formação de cirurgiões-dentistas em DST/HIV/AIDS	Interface Comunicação Saúde e Educação		2008	Reflexão Teórica	
Educação à distância: uma ferramenta para Educação Permanente de enfermeiros que trabalham com assistência perioperatória	Cogitare Enfermagem	Conhecer o interesse dos enfermeiros que trabalham em CC, RA e CME em participar de cursos de curta duração na modalidade de EAD.	2008	Pesquisa Quantitativa Descritiva	Enfermeiros
Programa de educação permanente para médicos de família	Revista Médica de Minas Gerais		2008	Reflexão Teórica	
Educação Permanente: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência	Ciência Cuidado Saúde		2008	Reflexão Teórica	
Tecnologias emissoras de radiação ionizante e a necessidade de educação permanente para uma práxis segura da enfermagem radiológica	Revista Brasileira de Enfermagem	Chamar a atenção dos trabalhadores de enfermagem para a práxis da enfermagem radiológica com as tecnologias emissoras de radiação ionizante nos SRDI e para a importância da educação permanente que aborde temas atinentes a esse processo de trabalho.	2009	Reflexão Teórica	
A Model for Continuing Pharmacy Education	American Journal of Pharmaceutical Education	Desenvolver e implementar um programa de educação continuada na farmácia (CPE) em Kaiser Permanente Colorado (KPCO)	2009	Avaliação	Farmacêuticos
Educação Permanente em SBV e SAVC: Impacto no Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem	Arquivo Brasileiro de Cardiologia	Avaliar o impacto de um programa permanente de treinamento em SBV e SAV no conhecimento dos profissionais de enfermagem.	2009	Pesquisa Quantitativa Estudo de corte transversal.	Profissionais de Enfermagem
Educação Permanente em Saúde: Conhecer para Compreender	Revista Espaço para Saúde	Identificar os equívocos mais comuns em relação à definição de EPS encontrados nos resumos apresentados no VII Congresso Nacional da Rede Unida realizado em Curitiba- PR em julho de 2006.	2009	Revisão Bibliográfica	

Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no pólo regional de educação permanente em saúde	Revista Latino – Americana de Enfermagem	Realizar levantamento da situação dos profissionais de saúde que atuam na rede de serviços públicos dos municípios de abrangência da 10ª RS e identificar as atividades de formação freqüentadas entre 2004 e 2006	2009	Pesquisa Quantitativa e Qualitativa	Profissionais de saúde
Pólos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná	Interface Comunicação Saúde e Educação	Analisar o processo de implantação e desenvolvimento da política de EPS no Paraná.	2009	Pesquisa Qualitativa	Profissionais que atuam nos Pólos de EPS
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 Comunicação Saúde e Educação	Analisar a prática de atividades educativas de trabalhadores da saúde em Unidade Básica de Saúde (UBS) segundo as concepções de educação permanente em saúde (EPS) e de educação continuada (EC), processo de trabalho em saúde e enfermagem, trabalho em equipe e integralidade.	2009	Estudo transversal	Profissionais de saúde
Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Identificar, caracterizar e analisar as atividades educativas desenvolvidas com profissionais de saúde, à luz das concepções de integralidade, trabalho em equipe e educação permanente.	2009	Pesquisa Qualitativa Descritiva Exploratória	Profissionais de Saúde
Paralelo entre Educação Permanente em Saúde e Administração Complexa	Revista Gaúcha de Enfermagem	Realizar uma reflexão-teórica, a partir da construção de um paralelo entre as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e os princípios norteadores da Administração Complexa.	2010	Reflexão Teórica	
Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo	Investigación y Educación em Enfermería	Analisar a educação contínua no espectro do processo de trabalho do Programa Saúde da Família no Brasil, através de seus realizadores, o lugar de realização, o modo de desenvolvimento e a finalidade.	2010	Pesquisa Qualitativa Exploratória Descritiva	Enfermeiros
Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná	Ciência e Saúde Coletiva	Analisar as percepções de tutores e facilitadores sobre o curso de facilitadores de Educação Permanente em Saúde em Loaaadrina (PR).	2010	Pesquisa Qualitativa	Tutores e facilitadores de EPS (distintos profissionais)
Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Analisar o levantamento de necessidades e os resultados esperados, segundo a concepção dos trabalhadores.	2010	Pesquisa Qualitativa	Equipe de enfermagem

A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Relatar a experiência da Educação Permanente em Saúde na atualização da equipe de saúde de uma Unidade Básica de Saúde para a atenção integral e humanizada às pessoas com diabetes tipo 2.	2010	Relato de experiência	
Educação Permanente em Enfermagem e a interface com a ouvidoria hospitalar	Revista Rene Fortaleza	Investigar as demandas dos usuários em ouvidoria relacionadas à assistência de enfermagem e discutir sua contribuição para a educação continuada.	2010	Pesquisa qualitativa descritiva exploratória	Fonte documental
Educação Permanente em Saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora	Revista Gaúcha de Enfermagem	Estimular os leitores a repensar o papel da educação permanente dos sujeitos-trabalhadores da saúde e de enfermagem na perspectiva do desenvolvimento individual e coletivo, por meio da práxis transformadora.	2010	Reflexão teórica	
Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde	Texto e Contexto Enfermagem	Conhecer que concepções educativas permeiam as propostas de educação permanente em saúde no Estado do Rio Grande do Sul.	2011	Pesquisa qualitativa descritiva exploratória	Gestores, trabalhadores, discentes e docentes das instituições de ensino e do controle social

Quadro 1 - Matriz organizativa para compilação dos resultados da revisão integrativa.

Fonte: Florianópolis, Santa Catarina, 2012.

APÊNDICE 3 – ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Codínome:

Idade:

Tempo de atuação:

- Como a EPS é formulada e instituída nos serviços?
- Que transformações são planejadas, estão em curso ou são visualizadas nos processos formativos, nas práticas pedagógicas e na organização dos serviços?
- Como se articulam as esferas de gestão do sistema de saúde, e as instituições formadoras?
- Quais metodologias de ensino são utilizadas para a realização da EPS?
- São discutidos os problemas da comunidade nos momentos de EPS?
- Existe uma aplicabilidade na realidade local do que se aprende nos momentos de EPS?
- Como se dá a comunicação e as relações entre os integrantes da equipe no processo de EPS?
- Como ocorre a elaboração do projeto de EPS entre os profissionais?
- Como as especificidades das especialidades e a divisão do trabalho são mantidas ou flexibilizadas?

APÊNDICE 4 – ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DA ANÁLISE DOCUMENTAL

Questões chaves a serem respondidas a partir da análise dos documentos disponíveis:

- Como ocorrem as ações de EPS nos serviços de saúde?
- Como a EPS é formulada e instituída nos serviços?
- Quem são os integrantes da equipe de saúde?
- Como ocorre a elaboração do projeto de EPS entre os profissionais?
- Como os profissionais de saúde estão organizados no processo de EPS?

APÊNDICE 5 - ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DA OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

Questões a serem respondidas por meio da observação não participante:

- Como ocorrem as ações de EPS nos serviços de saúde?
- Que transformações são planejadas, estão em curso ou são visualizadas nos processos formativos, nas práticas pedagógicas e na organização dos serviços?
- Como se articulam as esferas de gestão do sistema de saúde, e as instituições formadoras?
- São discutidos os problemas da comunidade nos momentos de EPS?
- Como se dá a comunicação e as relações entre os integrantes da equipe no processo de EPS?
- Como as especificidades das especialidades e a divisão do trabalho são mantidas ou flexibilizadas?
- Como se expressa a autonomia dos membros da equipe?
- Como os profissionais de saúde estão organizados no processo de EPS?
- Como ocorre as ações de EPS entre os diversos profissionais?

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada para participar do seguinte estudo:

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS EM CENTROS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS/SC

O Estudo objetiva: - Analisar as concepções e práticas de Educação Permanente em Saúde a partir da experiência dos coordenadores dos centros de saúde à luz dos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. E os objetivos específicos: - Descrever as práticas de EPS desenvolvidas para os coordenadores dos centros de saúde de Florianópolis/SC. - Identificar as concepções de EPS dos coordenadores dos centros de saúde de Florianópolis/SC.

Para isto torna-se necessário a obtenção de informações através da aplicação de entrevistas semi - estruturadas com os coordenadores dos centros de saúde do município de Florianópolis/SC, observação direta e análise documental..

A pesquisa faz parte da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós - Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, será desenvolvida pela discente: Priscila Orlandi Barth (RG nº9097839303 – SSJ/RS – CPF nº 018.519.150.95), orientada pela pesquisadora Prof. Dra. Flávia Regina Souza Ramos (RG nº5719132- SSP/SC - CPF nº:346.027.041-15)

Procedimentos do estudo

Por meio de um contato pessoal com os profissionais de saúde será realizado o convite para a participação e a explicação dos procedimentos para o levantamento dos dados. Com o aceite, será marcada a hora e data e local para as entrevistas e as observações.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos sujeitos e a Instituição participante de todo processo investigativo. Sua participação não envolve riscos físicos, mas você poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento e que por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, a imagem individual e institucional será protegida, assim como serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

Se tiver alguma "dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato pessoalmente (formas de contato abaixo informadas). Os registros, anotações e documentos coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal, em seu setor de trabalho, na UFSC. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos.

Gostaríamos de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Eu....., fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora responsável

_____, ____ de _____ de 2012.

Em caso de necessidade, contate com: Enf. Mda. Priscila Orlandi Barth. Endereço: Rua Hypólito Gregório Pereira, 725, ap:102c. Canasvieiras - Florianópolis- SC- Cep: 88054210. Celular: (48)96493311. e-mail: prisilabarth@yahoo.com.br ou Prof. Dra. Flávia Regina Souza Ramos. Endereço:Rua: Travessa Angela Chaves nº81. Bairro: Lagoa da Conceição - Florianópolis – SC. Telefone (48-32118908): (48). Telefone (48-37219480)Fax (48-37219787). Celular: (48)99112880. E-mail: flaviar@ccs.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO N° 2340

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N° 0584-GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 2340

FR: 477455

TÍTULO: Educação Permanente em Saúde: Concepções e Práticas de Profissionais de Saúde

AUTOR: Flávia Regina Souza Ramos, Priscila Orlandi Barth

FLORIANÓPOLIS, 28 de Novembro de 2011.



Coordenador do CEPSH UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PRPe/UFSC