



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

KALINA TELES DE SOUZA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NA VISÃO DE SERVIDORES
PÚBLICOS DE SAÚDE DE GOIÂNIA**

**Goiânia
2013**

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Kalina Teles de Souza		
E-mail:	kalinateles@ig.com.br		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? ☒ Sim ☐ Não			
Vínculo empregatício do autor			
Agência de fomento:		Sigla:	
País:	Brasil	UF:GO	CNPJ:
Título:	Educação Permanente na visão de servidores públicos de saúde de Goiânia		
Palavras-chave: educação permanente, políticas públicas, recursos humanos e saúde			
Título em outra língua: Continuing Education in the vision of servants health Goiânia			
Palavras-chave em outra língua: continuing education, public policy, human resources and health			
Área de concentração:	Dinâmica do Processo Saúde-Doença		
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	26/09/2013		
Programa de Pós-Graduação:	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde		
Orientador (a):	Nilce Maria da Silva Campos Costa		
E-mail:	Nilcecosta58@gmail.com		
Co-orientador (a): *			
E-mail:			

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: 26/09/2013

Assinatura do (a) autor (a) _____

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

KALINA TELES DE SOUZA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NA VISÃO DE SERVIDORES
PÚBLICOS DE SAÚDE DE GOIÂNIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: **Prof^a Dr^a Nilce M. S. Campos Costa**

**Goiânia
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG

S729e Souza, Kalina Teles de.
Educação permanente na visão de servidores públicos de saúde de Goiânia [manuscrito] / Kalina Teles de Souza. - 2013.
xvii, 69 f. : il., figs., tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Nilce M. S. Campos Costa.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, 2013.

Bibliografia.
Inclui lista de figura, quadro, símbolos, siglas e abreviaturas.
Apêndices e anexos.

1. Educação permanente – Saúde – Goiânia (GO). 2. Políticas públicas – Saúde – Goiânia (GO). 3. Recursos humanos – Saúde – Goiânia (GO). I. Título.

CDU: 614:37.014

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás**

**BANCA EXAMINADORA DA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Aluno(a): Kalina Teles de Souza

Orientador(a): Profª Drª Nilce Maria Silva Campos Costa

Membros:

1. Profª Drª Nilce Maria Silva Campos Costa

2. Profª Drª Ana Lúcia Queiroz Bezerra

3. Profª Drª Maria Alves Barbosa

Suplentes:

4. Profª Drª Lucilene Maria Sousa

5. Profª Drª Rejane Faria Ribeiro Rotta

Data: 26/09/2013

Dedico este trabalho..

***A Deus por ter me concedido a oportunidade de
realizá-lo e também a todos que almejam um
Processo de Educação Permanente comprometido
com a resolubilidade destas ações no Sistema Único
de Saúde e com a transformação das práticas nos
serviços de saúde.***

AGRADECIMENTOS

*A **DEUS**, meu companheiro nos vários momentos, pois por meio desta companhia tive a certeza que era forte para conseguir vencer todos os obstáculos desta trajetória.*

*A **minha mãe Eremita**, que mesmo durante a enfermidade me apoiou, proporcionando coragem e persistência, no decorrer desta dissertação.*

*Ao **meu pai Genésio**, que apesar de estar na memória, deixou um exemplo de perseverança e sabedoria sempre.*

*Ao **meu irmão Marcus**, pelo apoio e torcida para a conclusão desta dissertação.*

*Ao **meu filho Lucas**, de apenas 03 meses, que se mostrou paciente e colaborador, para que eu conseguisse vencer todos os obstáculos.*

*Ao **Ruy Júnior**, pelo companheirismo e compreensão da minha ausência em diversos momentos para a elaboração e finalização desta dissertação.*

*A **minha cunhada Tatiana**, que sempre me apoiou e motivou para que tivesse ânimo para concluir esta dissertação.*

*A **minha querida orientadora Profa Nilce**, sempre paciente e disposta a me auxiliar em todos os momentos, com muita calma, elegância e sabedoria.*

*Ao **Prof José Calixto**, que não mediu esforços para me auxiliar na construção e execução desta dissertação na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.*

*As **minhas chefes imediatas**, que durante a construção da dissertação foram flexíveis, proporcionando minha liberação do trabalho sempre que necessário.*

Aos Colegas de Trabalho, que entenderam meus momentos de ausência na Divisão de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente e me auxiliaram na execução de tarefas pertinentes ao serviço.

Ao Secretário Municipal de Saúde, pela autorização para que a dissertação fosse executada nas Unidades de Saúde.

Aos Diretores do Distrito Campinas Centro, Noroeste e Centro Municipal de Formação em Saúde Pública, pela liberação da coleta de dados, itens primordiais para a conclusão desta dissertação.

As Entrevistadas da Dissertação, que foram fundamentais para que esta fosse concluída, sempre com disponibilidade e atenção em me receber em diversos momentos.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- CAPES, pelo apoio que proporcionou a execução deste estudo

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURA E QUADRO	IX
LISTA SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS	X
RESUMO.....	XI
ABSTRACT.....	XII
1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 Os Processos Educativos nos Serviços de Saúde.....	15
2.2 Educação Permanente em Saúde: conceitos e caracterização	18
2.3 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.....	20
2.4 A Política Municipal de Educação Permanente em Saúde de Goiânia	25
2.5 Educação Permanente em Saúde: a aprendizagem no contexto do trabalho.....	30
3 OBJETIVOS.....	35
3.1 Objetivo Geral	35
3.2 Objetivos Específicos	35
4 METODOLOGIA	36
4.1 Tipo de Estudo	36
4.2 Local do Estudo.....	36
4.3 Sujeitos da Pesquisa.....	37
4.4 Aspectos Éticos.....	37
4.5 Coleta dos Dados	37
4.6 Análise dos Dados	38
5 PUBLICAÇÃO	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS.....	58

APÊNDICES	63
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	63
APÊNDICE B –ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	64
APÊNDICE C – EXEMPLO DE ENTREVISTA	65
 ANEXOS	 67
ANEXO A– PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	67
ANEXO B – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE PERIÓDICO	68

LISTA DE FIGURA E QUADRO

Quadro 1: Diferenças da Educação Continuada e EPS na PNEPS	24
Figura 1: Divisão do Município de Goiânia por Distritos Sanitários	43

LISTA SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

CIES	Comissões de Integração Ensino-Serviço
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMFSP	Centro Municipal de Formação em Saúde Pública
CNE	Conselho Nacional de Educação
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DSCC	Distrito Sanitário Campinas Centro
DSNO	Distrito Sanitário Noroeste
EC	Educação Continuada
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEPS	Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROMED	Programa de Incentivo as Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

Introdução: A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia importante para auxiliar no processo de transformação das práticas de trabalho, na valorização do servidor e se destina à transformação do modelo de atenção à saúde. **Objetivo:** Analisar o processo Educação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia no ano de 2011, na visão de servidores. **Metodologia:** Realizou-se um estudo descritivo de abordagem qualitativa com 15 servidores municipais da área da saúde. A coleta de dados foi realizada, por meio de entrevistas semi-estruturadas e para a análise dos dados foi empregada a análise de conteúdo. **Resultados:** Constatou-se que 80% dos servidores desconhecem o conceito de Educação Permanente em Saúde, 60% consideram-se satisfeitos com as ações realizadas e para 80% a participação nas ações trouxe transformação em suas práticas profissionais. Dentre os fatores que facilitaram as ações, 60% citaram a disponibilidade e liberação pelo gestor e dentre os que dificultaram foram mencionados a carga horária excessiva de trabalho e a deficiência de recursos humanos. **Considerações:** Foi possível verificar a falta de conhecimento conceitual sobre Educação Permanente em Saúde dos participantes na pesquisa, bem como as fragilidades e potencialidades presentes nas ações empreendidas e sugere-se um nivelamento teórico para os servidores, com o objetivo de melhorar a qualidade das ações de Educação Permanente em Saúde executadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Palavras - chave: Educação Permanente, Políticas Públicas, Recursos Humanos, Saúde

ABSTRACT

Introduction: Continuing Education in Health is an important strategy to assist in the transformation of working practices in the valuation of the server and is intended for processing the model of health care. **Objective:** To analyze the process Continuing Education in the Health Secretariat of Health of Goiânia in 2011, the vision server. **Methods:** We conducted a descriptive study with a qualitative approach with 15 municipal employees health care. Data collection was conducted through semi-structured interviews and data analysis was employed content analysis. **Results:** It was found that 80 % of servers are unaware of the concept of continuing health education, 60 % were not satisfied with the actions taken and 80 % participation in actions brought transformation in their professional practices. Among the factors that facilitated the actions, 60 % cited the availability and release by the manager and among those mentioned were difficult to excessive work load and manpower deficiency. **Considerations :** It was possible to verify the lack of conceptual knowledge on Continuing Education in Health research participants as well as the weaknesses and strengths present in the actions undertaken and suggest leveling theoretical to the servers , with the goal of improving the quality of actions Permanent Education in Health implemented by the Secretariat of Health of Goiânia .

Keywords: Continuing Education , Public Policy , Human Resources , Health

1 INTRODUÇÃO

Todo trabalho é resultado do fazer de quem o elabora. As raízes para a realização deste estudo surgiram da minha insatisfação com as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS), instituição onde atuo há 12 anos. Percebia que estas ações eram incompletas e pouco atraentes aos participantes e não eram executadas de acordo com as normatizações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

No ano de 2011, foram realizadas 120 (cento e vinte) ações de EPS na SMS, segundo levantamento realizado no banco de dados da instituição. Estes dados estavam associados com as respectivas avaliações realizadas pelos servidores ao final de cada uma das ações. Pude perceber que grande parte dos servidores também sentia a mesma angústia que eu e, por isso, resolvi pesquisar este tema no curso de mestrado, focando na instituição em que trabalho.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) lançada pelo Ministério da Saúde (MS) mediante Portaria 198, de fevereiro de 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde, bem como a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde mediante o fortalecimento do controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (BRASIL, 2003).

A PNEPS trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação de uma educação permanente (EP) de qualidade, consolidando um elo entre qualificação profissional e melhoria da qualidade do serviço prestado na saúde (BRASIL, 2004b).

Não basta somente conhecer a PNEPS, é primordial ter internalizado o que significa EPS, tendo conhecimento do conceito que é atribuído à aprendizagem significativa, em que é possível vincular o aprendizado a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos, de modo que os processos de capacitação sejam elaborados a partir da problematização dos processos de trabalho. Deste modo, a EPS é compreendida como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2009a).

A valorização dos recursos humanos tem grande importância no cenário da integração regional dos recursos humanos em saúde, atores fundamentais para a realização das metas nesta área. Na atualidade têm-se discutido os efeitos das reformas no setor e as transformações surgidas no desenvolvimento dos processos produtivos sobre o campo dos recursos humanos: exigências de novas habilidades dado o incremento tecnológico, implicações imediatas das metas de saúde sobre os métodos de gestão do trabalho, e transformações no emprego em tempos de globalização e reestruturação produtiva (MASSAROLI; SAUPE, 2008).

Tendo em vista a importância do processo de formação dos trabalhadores da saúde, em 2005, foi criado o Centro Municipal de Formação em Saúde Pública (CMFSP) na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS), com perspectiva de atuar no contexto de uma reformulação na execução da EPS, na qual o processo de trabalho é revalorizado, sendo um centro privilegiado da aprendizagem, pois tem como objeto de transformação e de investigação o processo de trabalho (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012).

A criação do CMFSP veio para acelerar o processo de EPS na SMS: atualmente a Divisão de Gestão da Educação em Saúde (DEGES) é responsável pela qualificação de todos os servidores da SMS em conjunto com os outros Departamentos e Diretorias. As ações de EPS realizadas pelos servidores da SMS poderão contribuir para as mudanças nas práticas profissionais e para proporcionar uma qualidade no retorno do serviço aos usuários de saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012).

Assim, por meio desta dissertação busquei responder à seguinte pergunta: Qual a visão de servidores da SMS com relação às ações de EPS?

Com certeza os resultados desta dissertação serão subsídios importantes para auxiliar na transformação das práticas dos serviços de saúde, pois será possível associar os resultados encontrados com a PNEPS, para que sejam implementadas as propostas apresentadas nesta Política, bem como, possibilitar o desenvolvimento de estratégias e a transformação nas práticas dos profissionais que atuam na SMS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Os Processos Educativos nos Serviços de Saúde

Até o final da década de 1970 e início dos anos 1980, a educação em saúde era utilizada para eliminar ou diminuir a ignorância da população sobre as causas biológicas das doenças, desconsiderando-se por completo a cultura da população ou dos grupos populacionais trabalhados. As ações educativas restringiam-se às questões de higiene e conscientização sanitária, assumindo, predominantemente, um caráter individualista, autoritário e assistencialista (BRAVIN, 2008).

Os processos educativos em saúde têm sua trajetória histórica vinculada à biomedicina, sendo construídos em conformidade com as perspectivas dessa racionalidade. A biomedicina pode ser delineada nas seguintes proposições: ter caráter generalizante, não se ocupar de casos individuais; buscar a objetivação do corpo, das lesões e das doenças sob a ótica do corpo-máquina e ter como finalidade a elucidação das verdades ou leis gerais, com base em abordagem teórica e instrumental (DAVINI, 2009).

A concepção de saúde oriunda desse modelo de racionalidade médica é constituída por atribuições morais, cuja responsabilidade pela manutenção do estado saudável é fomentada pelo acesso que o indivíduo tem ao conhecimento, assegurando-lhe meios de se vigiar, prevenir e avaliar os possíveis riscos (TEÓFILO; DIAS, 2009).

As ações educativas não eram vistas como prioridade e, quando praticadas, seu objetivo era domesticar as pessoas para obedecerem a normas de conduta. Sendo assim, os trabalhadores da saúde tiveram poucas oportunidades de refletir sobre as práticas educativas por eles desenvolvida nos serviços de saúde situação levada à reflexão como tema da X Conferência Nacional de Saúde (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

As propostas formuladas enfatizaram a importância da formação dos trabalhadores da saúde orientada pelos problemas e necessidades sociais em saúde da população e pela mudança das relações entre profissionais e usuários, buscando o diálogo permanente com todas as formas de conhecimento, em especial com a cultura popular (BRASIL, 1996).

No entanto, a grande dificuldade encontrada pelas equipes de saúde era a realização do trabalho em um modelo de atenção pautado em práticas curativas e hospitalocêntricas, com ênfase no atendimento médico e na visão biologicista da doença, fazendo com que as práticas educativas e as ações visassem apenas modificar comportamentos inadequados. Uma das técnicas mais utilizadas era a palestra, organizada sobre temas previamente definidos pelos técnicos, sem qualquer consulta ou adaptação às necessidades da população (WERNECK; SENNA; DRUMOND; LUCAS, 2010).

Os serviços de saúde, ao proporem processos educativos que, na verdade, não passam de meros treinamentos, preocupados em aumentar a produtividade ou a adequação dos profissionais aos programas verticais, sejam eles nacionais estaduais ou municipais, estão preocupados apenas com o aprimoramento das técnicas, desvinculados da prática concreta dos trabalhadores de saúde. As metodologias utilizadas nestes treinamentos reproduzem os conhecimentos por meio da transmissão, que pouco contribui para as mudanças desejadas no setor, não propiciando aos profissionais a qualificação técnica desejada e nem a formação de cidadãos. A inversão do modelo fica cada vez mais distante, na medida em que os treinamentos não desenvolvem o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e o atendimento das necessidades de assistência à saúde da população (LE MOS; FONSECA, 2009).

Habitualmente, as palestras limitam-se à simples transmissão de conteúdo acrítico e descontextualizado, uma vez que as práticas educativas não são percebidas pelos trabalhadores da saúde como parte de suas atividades e assim, os momentos educativos são desvalorizados no processo de trabalho, que na maioria das vezes é centrado na prática clínica, individual e curativa (SILVA et al., 2011).

Um dos objetivos da educação é levar às pessoas uma cultura que as antecede. No entanto, essa cultura é colocada no singular, como se existisse apenas a dominante, e a educação em saúde tradicionalmente age nesse sentido, reduzindo os indivíduos a seres que devem se adaptar a essa cultura e às regras que ela impõe (BRANDÃO, 2002).

As práticas educativas nos serviços de saúde devem situar -se dentro das teorias sociais, uma vez que a educação pode contribuir para a transformação social, desempenhando papel fundamental na reconstrução da sociedade. Essas teorias partem da vida cotidiana das pessoas e levam em conta sua cultura. No

entanto, a educação situa-se entre as pedagogias da conscientização, tendo Freire e Shor como seus principais representantes. Esses autores afirmam que a educação popular reconhece que os educandos são sujeitos construtores de seus conhecimentos e que essas construções partem, necessariamente, de suas vidas e da realidade em que estão inseridos (LEMOS; FONSECA, 2009)

Essas práticas devem estar voltadas para a superação do fosso cultural entre a equipe e a população. Essa distância pode ser superada a partir do momento em que a equipe de saúde atuar sobre os problemas de saúde, buscando conhecer as lógicas, os conhecimentos e os princípios que regem a subjetividade dos vários atores envolvidos. Nesse sentido, a educação deve ampliar os canais de interação cultural e de negociação entre os diversos grupos populares e os diferentes profissionais. (VASCONCELOS, 2006).

O objetivo primordial das propostas de educação nos serviços de saúde tem facilitado o rompimento com a tradição autoritária e normatizadora da “antiga” educação em saúde, favorecendo a atuação com o diálogo, a reflexão crítica sobre o cotidiano vivido e a valorização do conhecimento popular. Procura-se atuar na perspectiva da construção de uma saúde integral e do alargamento do cuidado à saúde, que inclui não somente os aspectos específicos dos saberes, profissões e instituições, mas especialmente a articulação com a sociedade civil, direcionando assim, propostas que fortaleçam e reorientem as práticas, saberes e lutas cotidianas (BRANDÃO, 2002).

A partir das novas propostas de educação, o trabalho educativo necessitou ser reestruturado de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população por meio da adoção de um processo pedagógico problematizador, que valorizasse a reflexão crítica como um valor inalienável do indivíduo (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

Os processos educativos nos serviços de saúde foram primordiais para a implantação da EPS, pois na prática tornaram possível aplicar e executar as ações propostas, com ênfase nos conceitos e na caracterização da EPS.

2.2 Educação Permanente em Saúde: conceitos e caracterização

A IV Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo Decreto nº 58.266, de 27 de abril de 1966, com o objetivo de elaborar sugestões para a construção de uma política permanente de avaliação de recursos humanos, visto que o Brasil necessitava de uma política bem estruturada na área de formação e avaliação de recursos humanos (BRASIL, 2007).

Como resultado da IV Conferência Nacional de Saúde (1967) pode-se perceber a necessidade de formação em curto prazo para diversos profissionais de nível médio e elementar, além da necessidade de um estudo metódico sobre o mercado de trabalho (BRASIL, 2007).

Em relação às práticas educativas, a luta dos educadores nos anos de 1980 pela universalização do direito à educação unitária, laica, gratuita e de qualidade, marcou a tentativa de aprovação de uma nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional coerente com um projeto de desenvolvimento social da nação brasileira e com as necessidades de seus trabalhadores (BRASIL, 2007).

A necessidade de aprimorar a formação para o trabalho em saúde foi intensificada a partir da década de 1980, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e diante do surgimento das demandas para que houvesse uma melhor formação dos profissionais. O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, que estabelece em seu Art. 196: “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1996, p.430).

Para se atingir na totalidade os princípios do SUS como a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular (BRASIL, 1996) foram necessárias a associação de modelos técnico-assistenciais e uma formação em saúde que superou a centralização em procedimentos médicos, na medicina curativa e na internação hospitalar. Além disso, enfatizou-se o uso da Epidemiologia e das Ciências Sociais na análise da situação de saúde da população, na gestão e na organização de estratégias para o enfrentamento de problemas específicos e coletivos, em territórios delimitados, com ênfase nas ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e na reorganização da assistência (LAZZARIN; NAKAMA; CORDONI; SANTANA et al., 2010).

De acordo com o texto da Carta Magna, a formação de trabalhadores para a saúde passa a ser uma competência do Ministério da Saúde (MS). A Lei Orgânica

da Saúde, de 19 de setembro de 1990, prescreve no artigo 27, que é competência do SUS a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 1996, p.21).

Para que estas mudanças nos modelos técnico-assistenciais acontecessem, foram discutidos, pesquisados, e implementados projetos e propostas políticas de formação e trabalho na saúde ajustadas às necessidades da população, como a EPS que tem a formação profissional como o eixo central (SANTANA et al., 2010).

A EPS é uma estratégia político-pedagógica e tem como base a aprendizagem significativa, que busca produzir sentido para o sujeito. A aprendizagem significativa faz a interlocução com os problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem (BRANDÃO, 2002).

A EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa, pois ao aproximar o mundo do trabalho do mundo da educação, o ambiente de aprendizagem é o próprio espaço dos serviços de saúde e da gestão do SUS. Entretanto, esta aproximação faz com que o aprendizado seja baseado na reflexão das práticas cotidianas, sendo útil e mais próximo da realidade para o profissional. A proposta da EPS afirma que esta aproximação da educação e do serviço deve ser articulada também com diversos atores sociais, que estão no cotidiano dos processos de construção do SUS (CAMPOS et al., 2007).

Esta mesma estratégia, ou seja, a EPS tem conceitos distintos sobre a visão de alguns autores. Para Carotta, Kawamura e Salazar (2009) são “processos de aprendizagem no trabalho, a partir da reflexão sobre o processo de trabalho, enunciando problemas e necessidades de natureza pedagógica”.

Já o conceito de EPS trazido pela Portaria nº 198 GM/MS (BRASIL, 2004, p. 5) considera que é a “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.”

Paschoal (2004, p.2) afirma que a EPS refere-se a “uma habilidade de aprendizagem contínua, desenvolvida pelo sujeito durante sua vida, por meio de suas relações pessoais, profissionais e sociais, no intuito de transformar-se, conforme ocorrem as mudanças do mundo”.

Percebe-se que a proposta de EPS configura-se como elemento administrativo para melhorar a qualidade do serviço oferecido à população, constituindo simultaneamente um instrumento pedagógico de formação de trabalhadores e um agente gerenciador dos problemas do trabalho, capaz de agir na busca coletiva de soluções, unindo o pensar e o fazer.

Para Araújo, Almeida e Cezar (2007) a EPS é aprendizagem ao longo da vida, a partir da educação de adultos, associada a um contexto específico do programa de recursos humanos em consonância com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Desse modo a EPS, para OPAS, é uma proposta gerenciadora, sintonizada com as novas demandas do sistema toyotista de produção, exigências feitas não apenas aos trabalhadores das fábricas e empresas. Segundo Davini (2009, p. 47), todo processo é referendado a partir da "otimização de cuidados de saúde, que é subordinado a uma transformação de perspectiva de serviços e é guiado por critérios de eficiência, eficácia e efectividade".

Percebe-se que a EPS é centrada no processo de trabalho e tem como propósito melhorar a qualidade de vida humana em todas as dimensões pessoais e sociais, auxiliando na formação integral do indivíduo e na transformação do meio, melhorando as práticas de saúde (LEMOS; FONSECA, 2009).

Conclui-se então que EPS tem como eixo central o processo de trabalho e a necessidade de mudança de consciência do biologicismo individual para a visão integral do ser humano, não mais desvinculado do seu contexto sócio econômico-político-cultural no qual está inserido, mas favorecendo a participação coletiva de todos os sujeitos que compõem a arena dos serviços de saúde.

2.3 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Em 2003, foi criada, no MS, a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), que assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. Em 2004, foi implantada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que, segundo a SGTES, fundamenta-se em cinco idéias centrais: transformação da rede de gestão de serviços em ambientes-escola;

mudança nas práticas de formação e de saúde com construção da integralidade da atenção de saúde à população; instituição da educação permanente de trabalhadores para o SUS; construção de políticas de formação com bases locais e regionais e compromisso de sustentação do processo de mudança (BRASIL, 2004a).

Com a criação da SGTES em 2003, o MS assumiu o papel de gestor federal para formulação de políticas de formação e esta passou a ser o pilar desta normatização, pois possui dois órgãos centrais: O Departamento de Gestão e de Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERSTS) e Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). O primeiro é o responsável pela proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde (BRASIL, 2003).

Nota-se então que a EPS tem como proposta propiciar às pessoas mudança de conhecimento mais profundo sobre os processos, oportunidades de trocar experiências, de discutir e de construir coletivamente. Esta estratégia propicia um ambiente mais favorável, porém, a mudança concreta se constrói em cada espaço envolvido com a saúde, pois o objetivo primordial da proposta está em construir políticas locais e processos de mudança em espaços concretos e propícios para a transformação; entretanto, a estratégia de mudança é coerente com o contexto, o que se busca é colocar em prática a política para construir cenários compatíveis para a mudança nas práticas de serviço de saúde (LAZZARIN; NAKAMA; CORDONI JÚNIOR, 2010).

Antes de haver a consolidação da EPS houve outro conceito que amparou a formulação de políticas de formação e transformação por meio de treinamentos informais chamado de Educação Continuada (EC). A EC é um processo profissional abrangente, no qual experiências de aprendizado são construídas sobre experiência de base educacional e de vivência, no sentido de valorizar a prática, administração, educação e pesquisa (PASCHOAL, 2004).

Paschoal (2004 p.32) afirma que a EC está relacionada com “as ações educativas desenvolvidas após a graduação, com o propósito de atualizar, aprimorar e adquirir conhecimentos, mediante atividades de duração definida e de metodologias formais” e a educação em serviço seriam “ações educativas desenvolvidas durante o processo de trabalho”.

O quadro abaixo mostra as diferenças entre a Educação Continuada e a EPS na PNEPS:

Quadro 1: Diferenças da Educação Continuada e EPS na PNEPS

Pressupostos Pedagógicos	Educação Continuada O “conhecimento” preside/ define a prática	Educação Permanente As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores , relações de poder, organização do trabalho etc.). Aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos (aprendizagem significativa).
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos.	Transformação das práticas.
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema.
Modus operandi	Descendente. A partir de uma leitura de temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identifica-se os nós críticos enfrentados na atenção ou na gestão; possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.
Atividades Educativas	Cursos padronizados- carga horária, conteúdo e dinâmicas definidos centralmente. Atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.	Muitos problemas são resolvidos/equacionados em situação. Quando necessário, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção -gestão - educação – controle social articulado), que implicam acompanhamento e apoio técnico.

Fonte: (BRASIL, 2005 *apud* LEMOS, 2010)

Nesse sentido, tanto na PNEPS como no ideário da OPAS, a EPS tem o desafio de desenvolver-se como contraproposta da educação continuada, utilizando-se de um referencial metodológico centrado na relação educação e trabalho.

O DEGES reconhece que os programas de educação já existentes tiveram pouca capacidade de impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de desafiar atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas e conseqüentemente do serviço, pois "a formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades" (BRASIL, 2005).

Um problema relevante considerado pelo DEGES é superar a tradição de capacitações planejadas fora do contexto real de trabalho, pois essa maneira de planejar não contribui para repensar as problemáticas do serviço. A intenção é mudar a verticalização do planejamento da educação, cujas decisões, tradicionalmente, são de especialistas ou consultores de áreas técnicas do MS ou secretarias de saúde e de romper com a lógica tradicional de compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais. A idéia de Ceccim (2005) é que a PNEPS faça a disseminação da capacidade pedagógica por toda a rede do SUS, mediante um processo de descentralização da gestão, possibilitando ao serviço de saúde pública um espaço de ensino-aprendizagem no trabalho (CECCIM, 2005).

Em 13 de fevereiro de 2004, foi aprovada a Portaria nº 198/GM, que instituiu a PNEPS como estratégia do SUS, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Essa política manifesta o reconhecimento da responsabilidade constitucional do MS de orientar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico, para consolidar o SUS (BRASIL, 2004a).

A PNEPS adota como conceito pedagógico a EPS, que se associa com a idéia de novas formas de gerir os problemas dos SUS, consubstanciando-se ao mesmo tempo com a educação para a gestão e resolutividade. Desde a promulgação da Constituição Federal, já se previa que formação de recursos humanos para a saúde seria uma prerrogativa do próprio SUS e a PNEPS vem consubstanciar esse papel no âmbito do MS, com a iniciativa de criar um referencial norteador que venha superar a tradição de práticas pedagógicas fragmentadas (PIMENTA; ANASTASIOU, 2002).

Na PNEPS, a EPS é justificada como um resgate da responsabilidade constitucional do MS, em ordenar a formação de recursos humanos e contribuir para a consolidação da reforma sanitária brasileira. A expectativa do MS é de instituir relações orgânicas e permanentes, estabelecer o compromisso dos gestores com a formação e dos formadores com o sistema, retirando a preparação de recursos humanos de seu lugar secundário para se tornar eixo central de ação no SUS (BRASIL, 2003).

A novidade da PNEPS para os trabalhadores da saúde é, portanto, que a construção do saber é coletiva e faz sentido para um grupo social. Os atores sociais

são desafiados para assumirem uma postura de mudança de suas práticas na rede de serviços por meio da reflexão crítica e do trabalho em equipe (BRASIL, 2004a).

Para que processo de EPS possa efetivamente ser realizado, o trabalho dentro das instituições não deve partir de um organograma dicotômico. Este não deve ser elaborado somente pelas funções hierárquicas na organização e produção dos serviços, pois a proposta é uma rede comunicante na qual todos os participantes sejam protagonistas na produção e elaboração do trabalho, de forma que seja coletiva (CECCIM, 2005).

Percebe-se que as necessidades de desenvolvimento profissional e de formação são variadas, por isso, a capacidade pedagógica deve ser uma prática de rotina em toda a rede de saúde, tornando-a uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. O SUS, então, torna-se uma rede-escola integrada pela gestão social participativa, onde a produção e a transmissão do conhecimento nos locais de serviço são estratégias mobilizadoras de recursos para a transformação da realidade (BRASIL, 2004b).

A implantação da PNEPS gerou um impacto no tocante à educação no SUS. São novos conceitos, novos referenciais, que fazem a educação profissional, ocupar um lugar de destaque. Para Ceccim (2005), presencia-se um momento inédito

pela formulação concreta de uma **política de educação na saúde** (termo inexistente até então), superando a **programação da capacitação e atualização de recursos humanos**; por sua aprovação mediante seis meses de debates públicos e negociações com as instâncias já legitimadas no SUS; pela singular e concreta aproximação interministerial entre Saúde e Educação (primórdios de uma agenda sonhada historicamente e de viabilização extremamente difícil) e, ainda, pela interposição de uma nova instância/novo dispositivo no SUS (caráter intersetorial, foco temático, âmbito locorregional e estrutura interinstitucional). Criar uma nova instância/novo dispositivo não é um ato formal, mas de construção (CECCIM, 2005, p.976, grifos do autor)

Para superar a mínima capacidade de formular projetos com base nas novas diretrizes da PNEPS, foi criado o Curso de Facilitadores da EPS (BRASIL, 2004a). A intenção era desenvolver a capacidade de descentralização pedagógica para o setor saúde, tendo sido formados aproximadamente 9.000 facilitadores. Neste projeto, também houve problemas, principalmente na seleção de facilitadores que não estavam vinculados diretamente aos serviços, descaracterizando a proposta de EPS.

Os fatores que prejudicaram o financiamento da PNEPS foram: a inadequação dos mecanismos de financiamento, a morosidade da máquina pública,

a dificuldade de comunicação entre o DEGES, as instituições executoras para ajustes necessários aos projetos e ainda os problemas com amplos gastos com projetos indefinidos e não ligados à PNEPS. Davini (2009) reconhece a existência de problemas burocráticos, mas entende que o campo político foi o que mais influenciou nos problemas do financiamento (DAVINI, 2009).

Para implantar e consolidar a EPS na formação dos profissionais de saúde é necessário viabilizar a interação entre os elementos da concepção problematizadora da atenção à saúde, da gestão e do controle social. A EPS precisa da ativação do seu espaço. No entanto, para que este espaço seja consolidado de forma eficaz, é necessário romper com os modelos hegemônicos, superar as modelagens de serviços, e configurar novas produções individuais nos sistemas de saúde (CEZAR et al., 2010).

Segundo Ceccim e Ferla (2008) a EPS propõe um desafio para seus membros, pois ocorre o convite à construção e elaboração de forma coletiva, sendo que nesta perspectiva novas condutas são requeridas como: escuta, solidariedade, gestos, “poder de afetar e ser afetado” sempre lidando com as diferenças, para construir novos modelos.

Com a consolidação da PNPEPS foi possível implantar a EPS, pois os profissionais de saúde despertaram interesse crescente pela ampliação do foco dos resultados terapêuticos e de cuidados em saúde, para além do estado físico, elegendo a qualidade de vida como um construtor que engloba estados subjetivos de satisfação das pessoas em seu viver diário, pois esta atitude incorpora o princípio da integralidade como elemento fundamental inserido na consciência crítica dos profissionais (WERNECK et al., 2010).

A PNEPS é um documento oficial de extrema importância para que os municípios consolidem a implantação desta política pedagógica essencial para a formação de trabalhadores.

2.4 A Política Municipal de Educação Permanente em Saúde de Goiânia

Com a instituição das novas diretrizes de EPS, a elaboração do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde de Goiânia baseia-se no Termo de Compromisso de Gestão Estadual do Pacto pela Saúde (responsabilidade na

educação na saúde), na proposta de operacionalização da EP em saúde conforme Portaria 1996 GM/MS de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007).

Nesse ambiente de mudança, vislumbra-se o trabalho em saúde como um sistema complexo, pois diversos fatores favoreciam a transformação das práticas em saúde nos municípios. Aconteciam ações de educação permanente informais no âmbito das Unidades Básicas/Programa de Saúde da Família, mas o conteúdo normatizador da PNEPS apenas foi trabalhado após a implantação do PEPS.

No Brasil, o processo de discussão das ações de EPS resultou na publicação da Portaria GMN.º 1.996 de 20 de agosto de 2007, por intermédio da qual foram estabelecidas novas diretrizes para a implementação da PNEPS (BRASIL, 2007).

Este documento revoga a Portaria GM/MS Nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, que vem definir as novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, adequando as diretrizes operacionais ao regulamento do Pacto pela Saúde e novos trâmites para o financiamento das ações de EPS (BRASIL, 2007).

Em Goiânia, a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS) ainda necessita ser reestruturada, pois as ações de EPS não estão sendo realizadas de acordo com a PNPEs, ou seja, estas ações estão com baixa resolubilidade nas transformações práticas dos serviços de saúde em Goiânia (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012).

Nota-se então, que a PMEPS é primordial para o desenvolvimento das ações de transformação, por meio da educação nos municípios. A transformação dos trabalhadores por meio da atualização científica é necessária, visto que, a aprendizagem significativa se dá concomitantemente com a modificação das práticas de serviços de saúde.

As ações de educação em saúde, com a publicação da Portaria GM/MS Nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, passam a compor o Pacto de Gestão, do Pacto pela Saúde. Isso coloca a responsabilidade pelas ações de educação em saúde na agenda da gestão do SUS, como atividade que pode e deve contribuir para o seu desenvolvimento, para a qualificação profissional dos trabalhadores da área e para a mudança das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS (BRASIL, 2007).

Para a condução da PNEPS foi criado um Colegiado de Gestão, que passa a ser denominado Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (PEPS). Os Pólos foram reconhecidos como instâncias locais ou “rodas de gestão”, nos

quais “democraticamente” os vários setores tomaram decisões sobre os projetos de EPS que levaram em conta as problemáticas educativas locais. Os PEPS tem como função: mobilizar a formulação e integração de ações de educação, induzir processos de transformação das práticas de saúde, educação dos profissionais de saúde, formular políticas de formação e desenvolvimento em bases geopolíticas, definir abordagens e estratégias integradas de implementação e estabelecer relações entre os vários PEPS (BRASIL, 2009a).

Para a elaboração da PMEPS os municípios devem ter como base a leitura e aplicabilidade de cinco eixos temáticos dos PEPS apresentados abaixo (BRASIL, 2007):

*** Modelo de Assistência e Cuidados à Saúde**

Todo modelo técnico-assistencial baseia-se em uma concepção de Estado e Política de Saúde, em uma teoria que explica como se dá o processo saúde-doença num determinado lugar, em um método (processo de trabalho) e em uma prática de ação para evidenciarem-se esforços com o objetivo de assegurar garantias de acesso, acolhimento, resolutividade e prestação de contas.

Assim, definir um determinado modelo é fazer opção entre alternativas de natureza técnico-político, que implicam em determinar que caminhos a saúde vai seguir. Para transpor condutas ultrapassadas e ineficientes no SUS deve-se aprimorar um modelo com enfoque fundamental na educação, promoção e manutenção da saúde, com base nas necessidades de saúde da população e em um território.

Esse modelo é centrado na oferta organizada de ações, na integralidade da atenção e no impacto epidemiológico. No entanto, no que se refere a cuidados à saúde este compreende práticas de ação para atenção aos problemas de saúde dos indivíduos. Segundo a sua complexidade, o cuidado à saúde está dividido em primário, secundário e terciário, de acordo com a sua especialização e prioridade (BRASIL, 2007).

*** Gestão e Gerência**

Entende-se que a Gestão é a autoridade e tem a capacidade para estabelecer compromissos, a fim de aperfeiçoar o uso dos recursos disponíveis em seu âmbito de ação. Destaca-se que a nova gerência passa pela capacidade de interagir com

grupos, entidades e instâncias de poder, ou seja, resulta-se na melhor utilização dos recursos em função dos interesses da sociedade.

A flexibilidade administrativa é hoje uma exigência para o gestor comprometido com a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos. A gerência de pessoas considera importante a divisão do trabalho na organização dos serviços para execução das ações, de acordo com as especialidades e a partir daí estabelece proposições objetivas às categorias prioritárias (estratégias e subáreas de investimento). Um dos principais objetivos é preencher o sistema de pessoas qualificadas, mais eficazmente para o benefício da sociedade usuária do SUS, pois a questão referente à pessoal é um componente crítico dos novos paradigmas gerenciais.

No que se refere à avaliação em saúde deve-se buscar a sua adequação às necessidades dos usuários ou à prática cotidiana dos profissionais de saúde, desde a etapa do diagnóstico, operacionalização de atividades até avaliações de prognóstico. Reconhece-se uma situação cada dia mais evidente no cotidiano da saúde, o aumento da demanda por capacidade gerencial, tendo como foco primordial a melhoria da qualidade. Deve-se tornar mais transparente a gerência dos meios de produção integrantes do processo de produção de serviços que se volta para a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

Reconhece-se que o desempenho de qualquer organização depende do quadro de pessoal, sendo assim, o direcionamento dessa demanda por capacidade gerencial inclui também o perfil gerencial desejável e a implementação das capacitações adequadas, além de novas práticas de gestão no que se refere à organização do trabalho (VEIGA, 2008).

Com relação à gerência de recursos, esses são tratados como meios de produção e são tradicionalmente desenvolvidos pelas áreas de administração de materiais e orçamentário-financeira, sendo consideradas como apoio às áreas e os setores diretamente envolvidos com a prestação de serviços-fim da instituição. Entretanto, deve-se atuar em equipe, de forma integrada, sistêmica e com relações de interdependência. Por fim, destaca-se que numa organização o adequado funcionamento da atividade meio é requisito inquestionável para a produção de bens e serviços com qualidade e eficiência (BRASIL, 2007).

*** Formação e Qualificação dos Profissionais da Área de Saúde**

Trata-se aqui de enfatizar o processo de formação dos trabalhadores de saúde, propiciando um ambiente favorável ao debate para se necessário efetuar mudanças e ajustes nos currículos de graduação. Dessa forma, proporcionar que o profissional, a partir da sua formação acadêmica, aproprie-se de conhecimentos teóricos que se compatibilizem com a prática assistencial desenvolvida na saúde pública. Com isso, percebe-se a necessária e oportuna discussão acerca de programas que proporcionem a integração entre a academia e os serviços de saúde, como o PROSAÚDE e os estágios de vivências no SUS (BRASIL, 2007).

*** Controle Social e Direito à Saúde**

Controle Social é a participação da sociedade na implantação e implementação das políticas públicas, desde o seu acompanhamento e verificação das ações até a avaliação dos objetivos, processos e resultados. É garantida pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, por meio da qual foram instituídos os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde enquanto instâncias de controle social nas três esferas de governo (BRASIL, 2007).

No entanto, o controle do estado pela sociedade se dá por intermédio de outras instâncias, além daquelas supracitadas, pois é necessário adotar medidas de intervenção no que se refere ao aperfeiçoamento da atuação e no empoderamento da população usuária e de seus representantes. Nota-se neste processo que os direitos sociais são imprescindíveis para o aprimoramento da intervenção do município na sociedade por meio das Políticas Públicas.

*** Desenvolvimento Institucional: Gestão da Política de Educação Permanente em Saúde**

No desenvolvimento institucional são enfatizadas as ações relacionadas diretamente à implementação da PNEPS, no que concerne às responsabilidades do município. Fortalecem-se neste processo as comissões de integração Ensino, serviço estadual e regional, pois os objetivos e estratégias traçados para este eixo devem contemplar a capacitação dos membros que compõem as Comissões de Integração Ensino – Serviço (CIES), qualificando-os para sua atuação.

Com relação aos recursos orçamentários os gestores passaram a contar com o financiamento federal regular e automático para a Educação na Saúde, por meio do bloco de financiamento da gestão (repasse fundo a fundo como já acontecia para

o financiamento das ações de assistência à saúde). Assim, teriam condições de planejar regionalmente a curto, médio e longo prazo, ações educativas de formação e desenvolvimento que respondam às necessidades do sistema e estejam de acordo com a realidade local.

As ações educativas Brasil (2009b) na saúde e a PMEPS devem prever ações para:

- Discussão da configuração regional para a Política de Educação Permanente em Saúde (discussão da regionalização por meio do Pacto pela Saúde);
- Instituição das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) e configuração de uma rede estadual das CIES;
- Identificação e qualificação das demandas regionais de educação na saúde;
- Discussão das responsabilidades da educação na saúde constantes dos Termos de Compromisso de Gestão;
- Elaboração dos planos regionais de EPS;
- Ações educativas em saúde.

O próprio MS fez o acompanhamento e monitoramento das ações de educação em saúde e a utilização dos recursos financeiros alocados para a implantação da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde. Este órgão auxiliará também na cooperação técnica aos estados e municípios para a implementação dessa política e avaliação, com base nos seguintes marcadores (BRASIL, 2009).

- Definição da regionalização para a educação em saúde seguindo os mesmos princípios da regionalização apresentada no Pacto pela Saúde;
- Instituição dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões de Integração Ensino-Serviço;
- Elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde;
- Termos de Compromissos de Gestão Estaduais e Municipais.

2.5 Educação Permanente em Saúde: a aprendizagem no contexto do trabalho

A EPS é uma estratégia política que se sustenta sobre a base de um trabalhador que é sujeito de seu processo de trabalho, ainda que isto contradiga a cultura dominante dos serviços de saúde. Por isso, a EPS demanda organizações mais democráticas e a construção de espaços que possibilitem a reflexão. Dessa

perspectiva, o processo de aprendizagem no contexto da saúde deve considerar não apenas as exigências deste setor, mas priorizar a capacitação e o processo de aprendizagem do trabalhador habilitado e preparado para a produção e reprodução do conhecimento aplicado à prática de saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

O processo de aprendizagem na EPS destina-se à transformação do modelo de atenção, fortalecendo a promoção e a prevenção em saúde, para que a atenção integral seja a referência do trabalho com autonomia dos sujeitos na produção da saúde. Para tanto, conforme analisa Brandão (2002), busca a formação de um profissional crítico, criativo, com capacidade para “aprender a aprender”, e que considere a realidade social para oferecer atendimento ético, humanizado e de qualidade.

Para que haja a possibilidade de aprendizagem significativa, e o incentivo a formação de um profissional crítico e reflexivo, é primordial o uso de metodologias de ensino adequadas, como exemplo podemos citar a problematização, que envolve a reflexão e pode proporcionar o raciocínio sobre determinadas situações, possibilitando o questionamento e a compreensão dos processos de trabalho. Considera que os elementos primordiais não são os conhecimentos ou idéias, mas sim o aumento da capacidade que o sujeito da transformação social irá precisar para buscar alternativas originais e criativas (CEZAR et al.,2010).

Na problematização, a relação ação-reflexão-ação transformadora é o eixo básico de orientação do processo. A educação problematizadora não tem uma metodologia única, nem técnicas fixas, mas orienta-se pela percepção da realidade, pelo protagonismo e pelo trabalho em grupo (BERBEL, 1998).

A pedagogia da problematização é conhecida por meio do Método do Arco, de Charles Maguerez, é composta por cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou um recorte da realidade: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade (intervenção prática). Nestas etapas, diferentes saberes estão conjugados, o científico, o social, o político, o ético, as visões pessoais e outras fontes de informação (BORDENAVE; PEREIRA, 2007).

A realidade é problematizada pelo grupo por meio da observação e concomitantemente ao conteúdo estudado. No caso dos conteúdos não serem apreendidos adequadamente para responder ao problema, o professor poderá incluir no programa outras oportunidades para suprir essa lacuna (BERBEL, 1998).

Essa metodologia abre caminho para o servidor exercer sua autonomia, produzir novos conhecimentos, reavaliar e relacionar outros conhecimentos adquiridos, pois diante do problema, reflete sobre a complexa teia de determinantes na qual está inserido, para então tentar solucioná-lo (CEZAR et al., 2010).

As possibilidades de aprendizado e a revisão de procedimentos vão ao encontro das necessidades sentidas pelos trabalhadores da saúde e as dificuldades próprias do sistema público de saúde, ou seja, a importância da educação permanente em saúde para o desenvolvimento do trabalho no SUS, favorecendo a troca de experiências, valorização profissional e busca de soluções coletivas (BRANDÃO, 2002).

Um dos aspectos relevantes no processo de aprendizagem vinculado ao sistema público de saúde é a formação profissional fragmentada e distante do perfil adequado para o trabalho na área da saúde pública. A busca integrada e sistemática pelo levantamento das necessidades de saúde da população faz-se indispensável, sendo que é necessário, pois afinal, os processos de trabalho devem ser efetivamente processos educativos, portanto, o papel que a educação em saúde deve ocupar e favorecer a elaboração de conhecimentos teóricos e/ ou práticos para a capacitação de trabalhadores em saúde, proporcionando a aprendizagem no contexto do trabalho (DAVINI, 2009).

O trabalho voltado para o coletivo contribui para a elaboração do processo de aprendizagem, tornando essencial, entre outras medidas, “não só o investimento na capacitação dos profissionais, mas também o resgate na reconstrução da relação entre poder público e sociedade civil”. Inicia-se pela descrição do cenário onde se dá a ação, mapeando o espaço e as demandas de saúde, por meio do levantamento de dados epidemiológicos, favorecendo assim as informações sobre os aspectos culturais da sociedade local. (VASCONCELOS e PACHE, 2006, p.429).

A reflexão sobre a aprendizagem no trabalho do SUS, para Brandão (2002), inclui a aprendizagem significativa, a produção do cuidado, o trabalho em equipe, a definição de prioridades, a paciência e o respeito à diversidade, proporciona a produção da integralidade da atenção, humanização do cuidado, reconhecimento da autonomia e direitos dos usuários dos serviços de saúde. A EPS, ao sinalizar o processo de aprendizagem significativa, possibilita caminhos alternativos para que os saberes existentes contribuam para a apropriação do SUS, com a reflexão do mundo do trabalho e dos problemas que impedem a aprendizagem de qualidade.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a EPS requer aprendizagem no contexto de trabalho uma vez que “a incorporação de novidade tecnológica é premente e constante, e novos processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade tecnocientífica, social e ética do cuidado, do tratamento ou do acompanhamento em saúde” (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Ao analisar a estratégia de viabilização do SUS, faz o alerta para a necessidade de “se criar uma dinâmica e funcionamento do sistema de tal maneira que os denominados ‘recursos humanos’ sejam um dos principais sujeitos do processo de mudança”. O autor pondera ainda que “não é possível fazer avançar o SUS sem a integração e o esforço da maioria dos trabalhadores de saúde”, sinalizando a necessidade de atender às demandas da população, sem invalidar as características essenciais do Sistema Único de Saúde (CAMPOS, et al., 2007, p.137).

A área da saúde tem, assim, o desafio de desenvolver um processo que permita identificar e promover os saberes e os conhecimentos dos trabalhadores, para melhorar a qualidade da assistência e do próprio atendimento, incorporando em suas ações os princípios e valores que orientam o SUS (MASSAROLI; SAUPE, 2008). É um caminho que pode oferecer pressupostos para orientar a formação profissional na saúde, tanto na perspectiva do mundo do trabalho quanto na perspectiva educacional.

A aprendizagem no contexto de trabalho está inserida no processo global de formação do sujeito que trabalha na saúde, estimula o pensamento, as dúvidas, as incertezas, para que isso leve ao exercício da interrogação, da reflexão e da crítica. Porque “há formação quando há obra de pensamento e que há obra de pensamento quando o presente é apreendido, de tal maneira que nos tornamos capazes de elevar ao plano do conceito o que foi experimentado como questão, pergunta, problema, dificuldade” como ensina (FRANCO, 2007, p.67).

Busca-se, assim, a compreensão dos limites da aprendizagem na análise de Ceccim (2005, p.161): “os serviços de saúde são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa será capaz de adesão dos trabalhadores nos processos de mudanças no cotidiano”, e a saúde tem o desafio de reconhecer o “processo educativo incorporado ao cotidiano da produção setorial”. O autor (Ceccim, 2005) analisa que a EPS compreende, então, “a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em

saúde em análise”, que se torna possível “pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano”.

A aprendizagem é um processo que se efetiva no campo da educação e, como tal, articula-se na vida das sociedades e das pessoas. Como refere Brandão (2002), a educação é um processo histórico, realizado por indivíduos que carregam crenças, valores, aspirações, motivações, propósitos, sentimentos, e é influenciada pelas realidades sociais, sociedades, época e período histórico educacional.

Assim, acredita-se que a aprendizagem no campo do trabalho pode transformar a relação de dominação e submissão existente nas relações da saúde, na visão pedagógica proposta pela EPS, que favorece a criticidade e a autonomia, e ainda pode provocar atitudes de defesa da saúde e da própria vida.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o processo de desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde, na visão de servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia em 2011.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar o conhecimento do conceito de Educação Permanente em Saúde dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
- Verificar a satisfação dos servidores com as ações de Educação Permanente em Saúde realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.
- Identificar os fatores que facilitaram e/ou dificultaram a realização das ações de Educação Permanente em Saúde.
- Identificar a existência de transformações nas práticas dos profissionais por meio das ações de Educação Permanente em Saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, que permitiu conhecer sistemas de crenças e percepções das pessoas (MINAYO, 2010).

4.2 Local do Estudo

A SMS possui 90 (noventa) servidores lotados no Distrito Sanitário Noroeste (DSNO), 55 (cinquenta e cinco) no Distrito Campinas Centro (DSCC) e 15 (Quinze) no Centro Municipal de Formação em Saúde Pública (CMFSP), locais onde foi desenvolvida a pesquisa. O CMFSP pertence ao Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, situado no 2º andar do Paço Municipal de Goiânia. O Distrito Sanitário Campinas Centro localiza-se na região central de Goiânia, e o Distrito Noroeste na região noroeste. Estes locais foram escolhidos pela diversificação na localização geográfica, pois cada um possui características próprias regionais, heterogêneas e rotatividade de servidores.

Para melhor compreensão das regiões de saúde da capital, segue abaixo o mapa com os Distritos Sanitários de Goiânia.



Figura 1: Divisão do Município de Goiânia por Distritos Sanitários

Fonte: SMS, Goiânia.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

A população do estudo foi selecionada a partir de um levantamento no banco de dados do CMFSP, com relação às informações funcionais dos servidores. Foram eleitos 50 servidores com formação universitária, lotados nas seguintes unidades: CMFSP, DSCC e DSNO. Desses 50 servidores eleitos, apenas 15 (quinze) atenderam aos critérios de inclusão e foram convidados a participar da pesquisa.

Participaram deste estudo os seguintes profissionais: quatro enfermeiras, três odontólogas, três psicólogas, duas nutricionistas, uma médica, uma assistente social e uma socióloga. Das 15 participantes três estavam lotadas no CMFSP, e participaram do planejamento das ações de EPS e doze estavam lotadas nos Distritos Sanitários citados e foram participantes das ações de EPS.

Foram critérios de inclusão no estudo:

- ser profissional de nível superior da coordenação pedagógica lotado no CMFSP e/ou ser servidor dos Distritos Sanitários Campinas Centro e Noroeste;
- estar em exercício da função por no mínimo (um) ano,
- ter participado de pelo menos 03 (três) cursos de qualificação profissional ministrados pela SMS no ano de 2011,
- não estar em período de férias ou afastamento por outros motivos

4.4 Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Materno Infantil em Goiânia, sob protocolo 24/2012 (Anexo A), conforme determina a Resolução 196/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012).

Todos entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

4.5 Coleta dos Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada na qual constavam os itens de interesse da investigação: conhecimento conceitual de EPS,

organização das ações e conteúdos de EPS, resolubilidade no atendimento às solicitações dos servidores por meio da EPS, metodologias utilizadas nas ações de EPS, transformação de práticas profissionais a partir destas ações, satisfação com as ações de EPS e fatores que dificultaram e/ ou facilitaram as ações de EPS (Apêndice B).

As entrevistas foram realizadas individualmente com gravador digital com cada participante. Nela, valorizou-se a descrição verbal do entrevistado para a obtenção de informações com relação às experiências a que estava exposto, para garantir o fornecimento de dados para a pesquisa (MINAYO, 2010).

A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2012, nas dependências do CMFSP e D.S Campinas Centro e D.S Noroeste, da SMS, com duração média de 1 hora e 30 minutos cada. Foram marcadas previamente com o gestor da unidade pesquisada e o participante, sendo o entrevistado quem definiu o horário e o local adequado para sua realização.

4.6 Análise dos Dados

As entrevistas foram transcritas e os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo por meio das seguintes fases: pré-análise, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011). As questões norteadoras do roteiro de entrevistas semi-estruturadas serviram como esquema preliminar para análise dos dados transcritos (GASKELL, 2008).

Foi realizada leitura exaustiva dos dados à procura do significado e da compreensão aprofundada (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Na pré-análise dos dados procedeu-se a leituras flutuantes do material, com o objetivo de apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise. Foram necessárias diversas leituras do material coletado, vinculado ao objetivo de sistematização, para consolidar de uma forma global as idéias principais e os seus significados gerais do material a ser analisado (BARDIN, 2011).

As categorias foram definidas *a priori* por isso não foi feita categorização, ou seja, operação de classificação de elementos essenciais (BARDIN, 2011).

Os entrevistados foram identificados da seguinte forma: P (participante), ou seja, servidores lotados no CMFSP e E (executor) servidores lotados nos DSCC e DSNO, seguido do número sequencial de participação no estudo.

O tratamento dos resultados foi importante para dar significado e validade aos dados, para realizar inferências, procurar o significado que a fala carrega e os possíveis efeitos do conteúdo da fala. A interpretação é a explicação do significado levantado com as inferências, segundo referenciais teóricos (BARDIN, 2009). Na interpretação das categorias ou tratamento dos resultados, as inferências realizadas foram então confrontadas com o referencial teórico (BAUER, 2008).

5 PUBLICAÇÃO

ARTIGO 1: Educação Permanente: visão de servidores de um serviço público de Goiânia *

Kalina Teles de Souza ¹

Nilce Maria da Silva Campos Costa ²

José Calixto de Souza Pires³

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Rua 07, Qd 13, Lt 03 Conjunto Fabiana, Goiânia/ GO, Fone: (62) 81274079. E-mail: kalinateles@ig.com.br

² Docente da Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Goiás.

³ Diretor do Centro Municipal de Formação em Saúde Pública, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

* Artigo submetido à Revista Brasileira de Educação Médica

Qualis- B4

www.educacaomedica.org.br

Educação Permanente: visão de servidores de um serviço público de Goiânia*

Continuing Education: Vision server a public Goiânia

Kalina Teles de Souza¹,

Nilce Maria da Silva Campos Costa²,

José Calixto de Souza Pires³,

Resumo

Introdução: A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia importante para auxiliar no processo de transformação das práticas de trabalho, na valorização do servidor e se destina à transformação do modelo de atenção à saúde. **Objetivo:** Analisar o processo de Educação Permanente em Saúde de uma Secretaria Municipal de Saúde, na visão de servidores. **Metodologia:** Realizou-se um estudo descritivo de abordagem qualitativa com 15 servidores municipais da área da saúde. A coleta de dados foi realizada em 2012, por meio de entrevistas semi-estruturadas, submetidas à análise de conteúdo, segundo Bardin. **Resultados:** Constatou-se que 80% dos servidores desconhecem o conceito de Educação Permanente em Saúde e pouco associa à atualização teórica, 60% consideram-se satisfeitos com as ações realizadas e a maioria considera que a participação nas ações trouxe transformação em suas práticas profissionais, mesmo com os fatores que dificultaram a execução das ações de EPS. **Considerações:** A Política de EPS procura interferir na prática existente nos sistemas de saúde. Contudo, isso se realiza em um contexto repleto de obstáculos, uma vez que a EPS propõe ações que, na maioria das vezes, contrariam aquilo que está estabelecido. Sobre o a compreensão da EPS, percebe-se que os conceitos trazidos pelos participantes são pouco associados à concepção adotada pelo Ministério da Saúde, o que permite inferir que a participação nas ações de EPS teve um papel relevante em esclarecer e sistematizar o conceito da EPS.

Palavras - chave: Educação Permanente, Políticas Públicas, Recursos Humanos, Saúde

* Pesquisa realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Abstract

Introduction: Continuing Education in Health is an important strategy to assist in the transformation of working practices in the valuation of the server and is intended for processing the model of health care. **Objective:** To analyze the process of Continuing Education in Health of a City Health Department, the vision server. **Methods:** We conducted a descriptive study with a qualitative approach with 15 municipal employees health care. Data collection was performed in 2012, through semi-structured interviews, analyzed for content, Bardin. **Results:** It was found that 80 % of servers are unaware of the concept of Permanent Education in Health and associates little updating theoretical , 60 % were not satisfied with the actions taken and the majority believes that participation in actions brought transformation in their professional practices , even with the factors that hindered implementation of the actions EPS . **Considerations:** The Politics of EPS tries to interfere in existing practice in health systems. However, this takes place in a context fraught with obstacles, since the EPS proposes actions that in most cases, contrary to what is established. About the the understanding of EPS it is clear that the concepts brought by participants are somewhat associated with the design adopted by the Ministry of Health , which allows us to infer that participation in the actions of EPS played an important role in clarifying and systematizing the concept of EPS .

Keywords: Continuing Education, Public Policy, Human Resources, Health

Introdução

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia que auxilia no processo de transformação das práticas de trabalho em saúde, na aprendizagem significativa e na valorização do servidor. Este conceito foi consolidado nos documentos publicados pelo Ministério da Saúde¹ e também em publicações científicas²⁻⁸.

Esta estratégia constitui-se em uma alternativa para a introdução de mudanças no espaço de trabalho, em razão da possibilidade de contribuir com formas diferenciadas de educar e aprender, por meio das quais se propõe transcender ao tecnicismo e às capacitações pontuais. A Educação Permanente tem como objetivos instigar a participação ativa dos sujeitos no processo de aprendizagem e desenvolver a capacidade crítica e criadora⁹. O processo educativo na EPS pode ocorrer com a apropriação do trabalho por meio da reflexão e da ação diante das situações que se apresentem no cotidiano profissional¹⁰.

O documento que legitimou o processo de educação permanente foi a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), lançada pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria 198/2004, que possibilita a identificação das necessidades de

formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde. Proporciona também a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde mediante o fortalecimento do controle social, com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população¹¹.

Levantamento realizado no banco de dados da instituição no ano de 2011 detectou 120 ações de EPS na Secretaria Municipal de Goiânia (Goiânia, 2012). Dentre as ações realizadas podem ser citadas atualização em imunização, vigilância alimentar e nutricional, aleitamento materno exclusivo, implementação do serviço de Crescimento e Desenvolvimento (CD), capacitação pedagógica, dentre outras. . Grande parte destas ações foi avaliada pelos servidores de forma positiva¹².

A EPS subsidia elementos primordiais para o processo de formação dos profissionais de saúde, proporcionando a resolutividade dos desafios encontrados nas rotinas de trabalho¹³. Trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas¹⁴.

Assim, pesquisas que busquem conhecer o desenvolvimento de ações de EPS são relevantes por possibilitarem a reflexão sobre o processo e sobre a necessária transformação nas práticas dos profissionais que atuam na SMS.

O objetivo deste estudo foi analisar o processo de desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde, na visão de servidores da Secretaria Municipal de Saúde, no ano de 2011.

Metodologia

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com servidores públicos municipais de uma Secretaria Municipal de Saúde.

A pesquisa foi realizada no Centro Municipal de Formação em Saúde Pública (CMFSP) que possui 15 servidores, Distrito Sanitários Campinas Centro (DSCC), com 55 servidores e no Distrito Sanitário Noroeste (DSNO), da SMS, que possui 90 servidores. Esses locais foram escolhidos pela diversificação na localização geográfica, pois cada um possui características próprias regionais, heterogêneas e de rotatividade de servidores.

A população do estudo foi selecionada a partir do levantamento das informações funcionais dos servidores no banco de dados do CMFSP. Foram eleitos 50 servidores de nível superior, dos quais 15 (quinze) foram convidados a participar da pesquisa, por atenderem aos critérios de inclusão no estudo: ser profissional de nível superior da coordenação pedagógica lotado no CMFSP ou dos Distritos Sanitários Campinas Centro e

Noroeste, estar em exercício da função por no mínimo um ano, ter participado de pelo menos 03 (três) ações de educação permanente no ano de 2011 e não estar em período de férias ou afastamento.

A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2012 e como instrumento de coleta de dados, utilizou-se a entrevista semi-estruturada¹⁵ (Apêndice B), realizada sem o conhecimento prévio do roteiro pelos participantes. Dela constavam as categorias definidas *a priori*: conhecimento conceitual de EPS, organização das ações e conteúdos de EPS, resolubilidade no atendimento às solicitações dos servidores por meio da EPS, metodologias utilizadas nas ações de EPS, transformação de práticas profissionais a partir destas ações, satisfação das servidoras com as ações de EPS e fatores que dificultaram e/ ou facilitaram as ações de EPS.

As entrevistas foram transcritas e os dados submetidos à análise de conteúdo, de acordo com Bardin¹⁶. Na pré-análise dos dados procedeu-se à leituras flutuantes do material, com o objetivo de apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise.

Os entrevistados foram identificados pela letra E (executor), ou seja, servidores lotados no CMFSP e pela letra P (participante), os servidores lotados nos DSCC e DSNO, seguido do número sequencial de participação no estudo.

Na interpretação das categorias ou tratamento dos resultados, as inferências realizadas foram confrontadas com o referencial teórico¹⁶. O tratamento dos resultados foi importante para dar significado e validade aos dados, para realizar inferências, procurar o significado que a fala carrega e os possíveis efeitos do conteúdo da fala.

A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil, sob protocolo 24/2012. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

Objetivando atender as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) a SMS realizou várias ações de EPS no ano de 2011. Algumas temáticas foram desenvolvidas a exemplo da atualização em imunização, vigilância alimentar e nutricional, aumento da frequência do aleitamento materno exclusivo, implementação do serviço de Crescimento e Desenvolvimento (CD), capacitação pedagógica, dentre outras.

Participaram da pesquisa 15 profissionais com idade entre 30 a 60 anos, do sexo feminino: quatro enfermeiras, três psicólogas, três cirurgiãs-dentistas, duas nutricionistas, uma assistente social, uma médica e uma socióloga, com média de atuação no serviço público em torno de 07 anos. Das 15 participantes, três estavam lotadas no CMFSP,

portanto participaram do planejamento das ações de EPS e doze pertenciam aos Distritos Sanitários citados acima e foram participantes das ações de EPS.

- Conceito de Educação Permanente em Saúde

As três (20%) entrevistadas que executavam as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) mostraram entendimento quanto ao conceito de EPS, como pode ser observado nos depoimentos abaixo:

Educação permanente é uma habilidade que adquirimos de forma contínua, por meio do processo de ensino e aprendizagem, que modifica as práticas de serviço (E1).

É um processo contínuo de construção de conhecimento, ela deve partir das necessidades locais, deve ser participativa, multiprofissional, e tem que promover mudanças no ambiente de trabalho (E2).

Educação permanente, para mim, é a transformação do serviço por meio de aprendizagem significativa (E3).

O conceito de EPS demonstrado pelas executoras (E) do estudo corrobora o estudo de Ricaldoni e Sena¹⁷ ao considerar que a EPS deve ser direcionada para as situações práticas do trabalho, e não somente para a atualização teórica¹⁷.

O estudo de Reibnitz e Prado¹⁸ relata que é fundamental a internalização do conceito de EPS, visto que para haver transformações práticas faz-se necessário conhecer o conceito de EPS preconizado nos documentos oficiais, como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)¹⁸.

Na PNEPS, a EPS tem o desafio de desenvolver-se como contraproposta da educação continuada, utilizando-se de um referencial metodológico centrado na relação educação e trabalho.

Por outro lado, as doze (80%) entrevistadas que participaram das ações de EPS desconhecem o conceito de EPS, fato que pode dificultar a execução destas ações nos serviços de saúde. A EPS, para a maioria das pesquisadas, ainda está associada apenas a atualização científica, conforme pode ser verificado em alguns depoimentos:

A educação permanente, acho que são capacitações que fazemos junto a Secretaria de Saúde. (P12)

Todos os cursos e capacitações que fiz na secretaria são para mim educação permanente, ou seja, traz transformação e conhecimento para o trabalhador. (P8)

Para Paschoal¹⁹ (p.33) a EPS refere-se a “uma habilidade de aprendizagem contínua, desenvolvida pelo sujeito durante sua vida, por meio de suas relações pessoais, profissionais e sociais, no intuito de modificar, conforme ocorrem as mudanças do mundo”¹⁹.

No estudo de Pereira ²⁰ a EPS é a transformação do serviço por meio de aprendizagem significativa, processo contínuo de construção de conhecimento, que deve partir das necessidades locais, ser participativa e multiprofissional²⁰.

Segundo Ceccim e Feeuerwerker⁶ é necessário conhecer a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) para ampliar e aprimorar os conhecimentos dos profissionais, Deve ser implementada de forma integralizada, como determina a Portaria GM/MS Nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 ⁶.

Para Ceccim e Ferla ²¹ a EPS constitui-se em um desafio, pois enfoca a elaboração de forma coletiva, sendo que nesta perspectiva novas condutas são requeridas, como: escuta, solidariedade, gestos, poder de afetar e ser afetado, lidar com diferenças, para construir novos modelos²¹.

O desconhecimento do conceito de EPS pelas entrevistadas que cursaram as ações leva à reflexão sobre a necessidade de associar as atividades práticas do serviço à teoria. De acordo com Ricaldoni e Sena¹⁷ as ações práticas de EPS podem sofrer influência na qualidade de planejamento e execução, quando o servidor desconhece o conceito de EPS. A EPS é um processo permanente, realizado a partir das necessidades do serviço e da comunidade, proporcionando a integração entre ensino-serviço-gestão¹⁷.

- Atendimento das solicitações pela EPS

Quanto ao atendimento das solicitações dos servidores das ações de EPS, doze (80%) entrevistadas consideraram que as solicitações foram atendidas parcialmente e três (20%) afirmaram que foram atendidas completamente, conforme pode ser observado abaixo:

Muitas solicitações não foram atendidas de forma integral devido à ausência de profissionais habilitados para a realização de atividades em público, tipo: palestras, dinâmicas etc. (P2)

Atenderam em parte, pois como a equipe é reduzida, nem sempre conseguimos atender de forma integral todas as solicitações. (P4)

Observa-se que os resultados corroboram com o estudo de Cotta et al.,²² pois o atendimento parcial das solicitações dos servidores, poderá dificultar a resolubilidade de problemas nos serviços de saúde, pouca autonomia intelectual do trabalhador, dificuldade de aprimorar os conhecimentos técnicos-científicos, bem como, incentivar e motivar também pouca capacidade de planejamento e gerenciamento²².

Diante disto, fazem-se necessários maiores investimentos e melhorias na área de EPS, como: motivação e valorização dos servidores por meio de atendimento integral das

solicitações, pois desta forma pode-se minimizar as dificuldades apresentadas anteriormente. Isto é evidente nos seguintes depoimentos:

É necessário complementar estas ações de educação permanente, mas trazendo mais próximas da realidade, possibilitando a execução. Não é só levantar os problemas, é necessário, também, haver o desdobramento do que foi encontrado. (P11)

Ainda necessitamos de melhorar a qualidade das ações de educação permanente executadas pelo distrito sanitário. (P12)

- Organização das ações e conteúdos de EPS

Em relação à organização das ações e dos conteúdos de EPS, nota-se que não existe na SMS uniformidade no seu desenvolvimento, pois nove (60%) responderam que atendem às demandas sugeridas pelas unidades de saúde e seis (40%) que as ações já vêm definidas pela secretaria de saúde e apenas cumprem as determinações, como mostram os depoimentos a seguir:

São definidas a partir das demandas, a unidade percebe as necessidades de conteúdos, nós fazemos um apanhado disso e no final do ano, numa reunião de equipe, a gente vai especificando alguns temas que são possíveis de serem trabalhados, e os outros são encaminhados para as divisões. (P3)

Isto é definido de acordo com as demandas das divisões do nível central. Claro que tem algumas que nós elaboramos, mas acredito que requer ainda, da nossa parte, o planejamento eficaz para que as ações de Educação Permanente em Saúde aconteçam (P12)

Existem duas formas de organização das temáticas nos locais pesquisados: algumas são organizadas a partir das demandas das unidades de saúde, com reuniões de planejamento e outras determinadas pela SMS, onde os profissionais são convocados. Estas formas de organização contrariam a PNEPS, pois as diretrizes desta política priorizam a construção coletiva.

Em estudo realizado por Lino et al.,²³ a organização das ações e conteúdos da cidade de Florianópolis também não tem uma uniformidade, pois as solicitações de conteúdos a serem ministrados nas ações de EPS, vem por meio da indicação institucional, priorizando a necessidade do serviço, e também por atendimento às solicitações dos servidores²³.

O estudo de Farah²⁴ mostra que o planejamento, a uniformidade de ações e a elaboração dos conteúdos são fundamentais para o desenvolvimento da EPS, pois a partir destas características, pode-se ter uma melhor resolubilidade no desenvolvimento destas ações²⁴.

- Metodologias e estratégias utilizadas nas ações de EPS

Quando indagados sobre as metodologias mais frequentes utilizadas nas ações de EPS, doze (80%) responderam que foram utilizadas metodologias ativas, como a problematização, por meio das seguintes estratégias: visitas domiciliares, rodas de conversas e a discussão de casos clínicos, e três (20%) informaram que foram adotadas metodologias tradicionais, com o uso das estratégias: palestras, preleção e aulas expositivas dialogadas.

A problematização foi muito citada na pesquisa. Envolve a reflexão e pode proporcionar o raciocínio sobre determinadas situações, possibilitando o questionamento e a compreensão dos processos de trabalho. Considera que os elementos primordiais não são os conhecimentos ou idéias, mas sim o aumento da capacidade que o sujeito da transformação social irá precisar para buscar alternativas originais e criativas. Na problematização, a relação ação-reflexão-ação transformadora é o eixo básico de orientação do processo. A educação problematizadora não tem uma metodologia única, nem técnicas fixas, mas orienta-se pela percepção da realidade, pelo protagonismo e pelo trabalho em grupo²⁵

A pedagogia da problematização é conhecida por meio do Método do Arco, de Charles Maguerez. É composta por cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou um recorte da realidade: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade (intervenção prática). Nestas etapas, diferentes saberes estão conjugados, o científico, o social, o político, o ético, as visões pessoais e outras fontes de informação²⁵.

A realidade é problematizada pelo grupo por meio da observação e concomitantemente ao conteúdo estudado. No caso dos conteúdos não serem apreendidos adequadamente para responder ao problema, o professor poderá incluir no programa outras oportunidades para suprir essa lacuna²⁶.

Essa metodologia abre caminho para o servidor exercer sua autonomia, produzir novos conhecimentos, reavaliar e relacionar outros conhecimentos adquiridos, pois diante do problema, reflete sobre a complexa teia de determinantes na qual está inserido, para então tentar solucioná-lo²⁷.

O estudo de Diaz, Bordenave e Pereira²⁸ está em consonância com a presente pesquisa, pois relata uma mudança gradativa nas estratégias de ensino utilizadas no desenvolvimento das ações de EPS, visto que grande parte dos entrevistados respondeu que as metodologias mais frequentes são as ativas²⁸.

As metodologias ativas foram consideradas mais adequadas, tendo em vista que o uso destas possibilitou a mudança de opinião a respeito da aplicabilidade das ações de EPS:

As metodologias ativas que utilizei foram: discussão em grupo de caso clínico já atendido, vários assuntos relacionados às gestantes e crianças no pré-natal e acompanhamento de CD, pois sei que é muito proveitoso e existe a construção da saúde de forma coletiva (P4).

Metodologias ativas são estratégias de ensino, dentre estas estão a Problemática e a Aprendizagem Baseada em Problemas que têm em comum o trabalho com problemas, abordados de forma distinta, ou seja, conforme a proposta metodológica adotada²⁵.

A valorização do uso das metodologias ativas, cuja aplicação favorece a construção do conhecimento coletivo, teve como foco primordial, a reflexão crítica e a elaboração de ações mais específicas para cada realidade de saúde, o pode ser observado pelos depoimentos abaixo:

Nas ações que participei, foi abordada muito a metodologia da problematização. Hoje em dia, estas metodologias antigas, de aulas expositivas, cansam e não trazem resultados (E5)

Metodologias ativas, eu gostei porque não chega nada pronto, você não está lá só para receber, você tem que participar. (P10)

- Transformação da Prática Profissional

Quando questionadas sobre a ocorrência de transformação em sua prática profissional com as ações de EPS, doze (80%) entrevistadas afirmaram que houve transformação das práticas, e três (20%) afirmaram que esta transformação ocorreu de forma parcial. Na visão das servidoras, a prática profissional foi modificada, pois as ações de EPS tornaram os profissionais mais reflexivos e orientaram melhor os fluxos de atendimento nos serviços de saúde, confirmado nas falas abaixo:

Com certeza, as minhas práticas foram transformadas. Como: atendo com mais humanização hoje, entendo melhor porque estou fazendo a ação, tipo vacina, curativo etc. Pois a educação permanente tem como principal objetivo a transformação das práticas dos serviços (P6).

Minhas práticas foram modificadas. Exemplo: atendo muito melhor as mães no pré-natal, auxilio os idosos no grupo de hipertensão e diabetes etc. Mas estas mudanças só ocorrem realmente se as ações de educação permanente forem executadas de forma fiel as portarias do Ministério da Saúde (P2).

O resultado desta pesquisa está em consonância com o estudo de Farah ²⁴que considera que a EPS propõe mudanças das práticas em saúde, a partir da reflexão sobre novas formas de educação em saúde. De fato, favorecer mudanças das práticas representa o pilar fundamental da política de EPS. Assim, as transformações são executadas com o objetivo de garantir à população uma assistência à saúde de qualidade, satisfazendo as necessidades de saúde e de educação em saúde²⁴

As transformações das práticas do serviço são relatadas no estudo de Mendonça²⁹, pois são mais eficazes quando existe a integração da equipe, que oportuniza a consolidação aprimorada do processo de aprendizado. O trabalho em equipe é uma tendência que auxilia na resolução e elaboração de estratégias para a solução dos problemas vivenciados na prática, como a promoção do desenvolvimento de habilidades e competências nos serviços de saúde²⁹. Conforme depoimento abaixo:

Minha prática transformou muito, pois participei de várias ações de EPS como: capacitação pedagógica, curso de facilitadores e outros na minha área tipo classificação de risco, vacinação e etc (P8)

As propostas educativas necessitam ser abrangentes para que possam proporcionar o desenvolvimento integral e a potencialização dos sujeitos envolvidos no processo. Assim, parte-se de uma concepção educativa que permita aos sujeitos aprender a aprender, construir conhecimentos para promover a autonomia individual e coletiva, e, ainda, estar direta e constantemente conectados com o seu meio cultural, profissional³⁰.

A EPS, enquanto instrumento, pode auxiliar na organização do trabalho para o alcance do seu produto, de acordo com as finalidades requeridas que representam a possibilidade de responder adequadamente aos problemas e às necessidades de saúde da população em seu contexto local³¹.

- Satisfação com as ações de EPS

Quanto à satisfação com as ações de EPS, nove (60%) entrevistadas disseram estar satisfeitas com as ações realizadas, e seis (40%) afirmaram estar parcialmente satisfeitas. Conforme depoimentos abaixo:

Fiquei satisfeita parcialmente, pois a falta de estrutura para a realização das ações de EPS me deixa angustiada, pouco motivada, ou seja, sem ânimo. Quero fazer o melhor, mas nem sempre é possível (P8).

Eu fiquei bastante satisfeita [...], pois, além de me proporcionar muito aprendizado, me trouxe amadurecimento profissional, fator primordial para a satisfação do profissional no serviço de saúde. (P10)

O estudo de Bosi e Uchimura ³¹ concorda com os resultados aqui obtidos, pois afirma que a satisfação do servidor no trabalho é primordial para um desempenho satisfatório. Assim um percentual semelhante de entrevistados neste estudo também referiu satisfação total com relação ao desenvolvimento das ações de EPS. Faz-se necessário a introdução de avaliações nas instituições públicas voltadas para mensurar a satisfação dos servidores no ambiente de trabalho, apesar da complexidade de mensurar a satisfação no ambiente de trabalho ³¹ na execução das atividades de serviço após a participação nas ações de EPS ³⁰.

- Fatores que facilitaram ou dificultaram as ações de EPS

Dentre os fatores que facilitaram ou dificultaram as ações de EPS, as entrevistadas citaram itens como: recursos humanos, recursos materiais e estrutura organizacional da instituição. No item recursos humanos, nove (60%) afirmaram que o fator facilitador foi a disponibilidade e acessibilidade de servidores motivados para elaborar e participar das ações de EPS:

[...] pessoas abertas ao conhecimento, o próprio contexto que vivemos na globalização, força a pessoa a sair da sua zona de conforto e buscar uma nova forma de conhecimento (E3)

Em relação aos recursos materiais, três (20%) servidoras assinalaram que a existência de materiais de consumo e recursos metodológicos foram fatores facilitadores para a execução das ações de EPS. Quanto à estrutura organizacional, para três (20%) servidoras a flexibilidade e liberação para a participação das ações foi muito importante para que a EPS tivesse êxito:

Temos bastante *folders* ilustrativos para realizarmos as atividades, isto facilita o entendimento por parte de todas as pessoas. Nós profissionais estamos sempre prontos a participar, receber conhecimento e também fornecer informação, mesmo com dificuldades operacionais no local de trabalho (P6).

Segundo Montanha e Peduzzi²⁷, vários itens podem ser considerados como vantagens ou facilidades para o desenvolvimento das ações de EPS como os citados acima, mas o fator de maior relevância é a disponibilidade dos servidores sua acessibilidade e disposição de participarem destas ações mesmo com várias dificuldades de operacionalização²⁷.

Dentre os fatores que dificultaram a execução das ações, houve recorrência dos recursos orçamentários, ausência de estrutura física, carga horária de trabalho excessiva e ausência de planejamento estratégico, conforme depoimentos abaixo:

A falta de local para execução das ações de EPS, bem como a ausência de recursos financeiros, são algumas dificuldades que temos no Distrito Sanitário (P7).

A carga horária de trabalho dificulta a participação nas ações de EPS, muitas são realizadas durante o dia todo, e nós não podemos participar. Outro fator que dificulta é ausência de planejamento, pois sem este o trabalho fica comprometido (P6).

Torres et al³² afirmam que os grandes desafios de desenvolvimento das ações de EPS são: financiamento para liberação de projetos, ausência de planejamento em equipe, dificuldades de aquisição de locais apropriados para a realização destas ações e carga horária excessiva que compromete a participação nas ações de EPS³².

Considerações Finais

Os princípios e diretrizes são importantes para compor imaginários utópicos e indicar novos rumos e objetivos para as políticas públicas de formação. Neste sentido, a Política de EPS procura contemplar essas duas dimensões: produzir novas utopias, e também interferir na prática realmente existente nos sistemas de saúde. Contudo, isso se realiza em um contexto repleto de obstáculos, uma vez que a EPS propõe ações que, na maioria das vezes, contrariam aquilo que está estabelecido. Na análise das entrevistas percebeu-se pouca compreensão da diferença entre atualização científica e ações de EPS, pois ampliar conhecimentos e atualizar-se em um determinado assunto é apenas parte do processo de EPS. Faz-se necessário, portanto, uma atualização completa sobre a PNEPS a todos os servidores que elaboram e executam ações de EPS no município.

Assim, os conceitos trazidos pelos participantes são poucos associados à concepção adotada pelo MS, o que permite inferir que a participação nas ações de EPS, desde que bem planejadas, pode ter um papel relevante em esclarecer e sistematizar o conceito da EPS.

As entrevistadas enfatizam que só haverá mudanças quando a EPS se converter em uma política institucional. Sem dúvida, a mudança é um processo complexo, que tende a despertar medo naqueles que precisam vivenciá-la. Por isso, diante de situações que precisam de mudança é comum perceber o repasse de responsabilidades a alguém ou a alguma instituição.

Quanto a organização das ações e conteúdos na EPS notou-se que não existe na SMS uniformidade no seu desenvolvimento, pois a maioria das entrevistadas responderam que atendem às demandas sugeridas pelas unidades de saúde, sendo que algumas ações já vêm definidas pela secretaria de saúde e estes cumprem as determinações.

Com relação às metodologias utilizadas nas ações de EPS percebeu-se que a problematização foi muito citada na pesquisa, visto que esta envolve reflexão e construção

coletiva do conhecimento. Outro resultado relevante deste estudo foi a constatação da transformação das práticas profissionais por meio da EPS, com profissionais mais reflexivos e melhor orientadores dos fluxos dos serviços de saúde.

Deve ser ressaltada também a satisfação das servidoras com as ações de EPS na SMS, mesmo com a presença de fatores que dificultaram a sua execução.

Uma das limitações, deste estudo foi decorrente da opção de se trabalhar apenas com servidores de nível superior, fato que reduziu o número de participantes, não sendo possível mapear a realidade mais ampla das ações de EPS na SMS.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam auxiliar no processo de desenvolvimento prático das ações de EPS a serem desenvolvidas por Secretarias Municipais de Saúde no decorrer dos próximos anos, pois um desafio se coloca: o de refletir sobre a implementação de ações de EPS, com o objetivo de readequação e sistematização no âmbito institucional.

Referências

1. Brasil. Portaria n. 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: DF, 2004; Seção 1, p.88.
2. Faria, RMB. Institucionalização da política de educação permanente para o SUS: Brasil, 1997-2006. Mestrado (Dissertação) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2008; 85-92.
3. Saupe, R; Cutolo, LRA; Sandri, JVA. Construção de descritores para o processo de educação permanente. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, 2008; 5:p 433-452.
4. Viana, AS. et al. (Orgs.). Recursos humanos na atenção básica, estratégias de qualificação e Pólos de Educação Permanente no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea/Consórcio Medicina USP, 2008; 4: p.72-77.
5. Ceccim, RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface– Comunicação, Saúde, Educ.*, 2005; 6: p. 161-77.
6. Ceccim, RB; FEURWERKER, C.M. F. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle Social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2004; 14, p.41- 65.
7. Sission, MC. Implantação de programas e redefinição de práticas profissionais. *Revista Brasileira Educação Médica* 2009;(Supl 1): p. 92-103.
8. Brasil. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: MS, 2007, p.79.
9. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2009, p.89.
10. Silva, AAS. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis/SC, 2011; 2, p.340-8.
11. Costa,V. Educação permanente no Programa Saúde da Família:um estudo qualitativo. *Invest Educ Enferm*, 2010; 3, p.336-44.
12. Goiânia, SMS. Departamento de Gestão e Educação do Trabalho. *Boletim da Saúde*, Goiânia; 2012,15 p.
13. Franco, TB. Producción del cuidado y producción pedagógica: integración de los marcos del sistema de salud en Brasil. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*, 2007; 11, p.427-38.

14. Massaroli, A.; Saupe, R. Distinção conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em saúde. *Revista Latino - Americana de Enfermagem* [online]. 2008;13(3): p. 35-42.
15. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2007; p.406
16. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011. p.228.
17. Ricaldoni, CAC. Sena, RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, 2006,8, p.45-53.
18. Reibnitz, K.S; Prado, M.L Inovação e educação em enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2006
19. Paschoal, AS. O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal. [Dissertação de Mestrado] - Curitiba (PR): Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná; 2004. p.92. 20.
20. Pereira, EG, Soares, CB, Campos, CMS. Uma proposta de construção da base operacional do processo de trabalho educativo em saúde coletiva. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2007, nov-dez, V15, Nº 6, p.1072-9.
21. Ceccim, RB. Ferla, A.A. Educação Permanente em Saúde. In: EPSJV. Dicionário da educação profissional em saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, 5, 308.
22. Cotta, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saude*, v.15, 2006,n.3, p.7-18,
23. Lino, Mônica Motta et al. Educação Permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, 2009, p. 115-36.
24. Farah, BF. A educação permanente no processo de organização do serviço de saúde: as repercussões do curso introdutório para as equipes de saúde da família [Tese Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006. p.199.
25. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégia de ensino aprendizagem. 24ª.ed. Petrópolis: Vozes; 2007. 312 p
26. Berbel, N. N. Problematization and Problem- Based Learning: different words or different ways? *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, V.2, n.2, 1998 p. 139-154
27. Montanha, D; Peduzzi, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *Rev Esc de Enferm USP*, 2010, 3, p.597-64
28. Dias, B; Juan, P, Aidar, M; Estratégia de ensino e aprendizagem, 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
29. Mendonça, F. Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: Percepções de tutores e facilitadores. [Dissertação Mestrado 2007]. Londrina (PR): Faculdade de Medicina Universidade Estadual de Londrina; 2007. p.85
30. Bosi, M.L.M; Uchimura, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização, In: Bosi, Maria, L..M; Mercado, F. J (org). Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006, 376 p.
31. Merhy, EE.; Feuerwerker, LCM.; Ceccim, R.B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud colectiva*, Buenos Aires; 2006; 2: p.147-160.
32. Torres, O. M. et al. Caminhos da educação permanente em saúde: a trajetória no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, 2008. p.21-40
33. Cezar, P.H.N.; Guimarães, F.T.; Gomes, A. P.; Rôcas, G.; Siqueira- Batista, R. Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem

baseada em problemas. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 34, n.2, 2010, p. 298-03.

34.Davini, M.C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente os Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. p.56. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde).

35.Oiveira, WMA; Bezerra, ALQ. Autoavaliação da estratégia saúde da família por enfermeiros. Rev enferm UERJ. 2011; 19: p.20-5.

36. Paulino, VCP; Branquinho, NCS; Bezerra, A.LQ. Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. Revista Enfermagem UERJ. 2012; p 368-373.

37.Carotta F; Kawamura D; Salazar J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. Revista Brasileira de Educação Médica., 2009, 18, supl.1, p.8-51.

38.Lima, JVC. et al. A educação permanente como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. Revista Brasileira de Educação Médica/RJ, 2010; 8 207-27.

39.Bauer, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In:Bauer, M. W.; Gaskell, G. (Org). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.7 ed. Pettópolis: Vozes, 2008.cap.8, p. 189-17. 21.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa procurou-se analisar a EPS sob a visão de profissionais de saúde lotados na SMS de Goiânia, sendo enfatizada a atuação profissional, vivências e contribuições pessoais de cada servidor. A finalização deste estudo foi uma grande conquista na minha área profissional, pois por meio dele a SMS de Goiânia poderá refletir sobre a implementação da PNEPS de forma integral no município.

Para mim, o mestrado representou uma grande realização profissional e pessoal, momento rico e importante na minha vida acadêmica. Ao realizar a coleta de dados, pude perceber como as servidoras têm ânimo e disposição para executar as ações de EPS, mas nem sempre tem conhecimento, treinamento e recursos para o desenvolvimento das ações.

Realizar esta pesquisa no cenário da SMS de Goiânia foi fundamental para identificar, entender, ampliar e aplicar os resultados encontrados no desenvolvimento das ações de EPS da SMS.

A visão de servidores da SMS possibilitou a obtenção de informações importantes para esta dissertação, como a percepção das limitações reais das ações de EPS. Assim, a opinião de servidores ativos neste processo, foi primordial para o desenvolvimento da dissertação.

Após a análise dos resultados notou-se dificuldades que podem ser corrigidas, a partir da Política Nacional de Educação Permanente e a realidade vivida pelas servidoras entrevistadas.

Como servidora da instituição, sugiro que se faça a implementação da EPS na SMS de Goiânia, tendo como enfoque o desenvolvimento das ações de EPS, por meio dos profissionais de saúde, pois estes devem monitorar as atualizações científicas a fim de que atendam as necessidades dos profissionais, permeando os itens: elaboração de instrumentos de formação de consciência para cidadania, ampliação de habilidades por meio da atualização técnica científica, e integração da equipe.

Este estudo teve suas limitações, uma delas foi o número reduzido de participantes, pois grande parte dos servidores não atendia aos critérios de inclusão pré-estabelecidos, que incluíam apenas profissionais de nível superior, não sendo possível mapear a realidade mais ampla das ações de EPS na SMS.

Assim, espera-se oportunizar aos profissionais a possibilidade de reflexão sobre o compromisso com a EPS. Este é apenas um passo na consolidação do conhecimento, sendo necessário o desenvolvimento de outros estudos para aprimorar este processo aplicado à realidade dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. J., PEREIRA, L. A., TURINI, B., NICOLETTO, S. C. S., CAMPOS, J. B., REZENDE, L. R., MELLO, P. L. Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p.156 – 165, 2007.

ARAÚJO, R.M.A.; ALMEIDA, J.A.G.; CEZAR, P.H.N. Formação profissional por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Saúde e Ciência Coletiva**, v.20, n 5, p.23-32 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 281 p. 2011.

BAUER, M.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.cap.2, p.39-65.

BERBEL, N. N. Problematization and Problem- Based Learning: different words or different ways? **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, V.2, n.2, p. 139-154, 1998.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. Investigação qualitativa aplicada em educação: avaliação, pedagogia e ação. In:_____. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto, 1994. cap. 7, p. 261-332.

BORDENAVE, J.; PEREIRA AM. Estratégia de ensino aprendizagem. 24^a.ed. Petrópolis: Vozes, p. 312, 2007.

BRANDÃO, CR. **A educação como cultura**. Campinas: Mercado Aberto; 266 p. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96, de 10 de março de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS, caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 88 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a**

humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 74 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.96.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996 , de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, 2009a. 96 p.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 85 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3educacao_completo.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2012.

BRAVIN, F. P. **Política e ação pública: análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** 2008. 119f. Dissertação (Mestrado em Política Social). Programa de Pós-graduação em Política Social, UNB. 2008.

CAMPOS F.E., FERREIRA J.R., FEUERWERKER L, SENA R.R., CAMPOS J.J.B., CORDEIRO H et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro (RJ). v.3, n.2,p.38-45, 2007.

CAROTTA F; KAWAMURA D; SALAZAR J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde Soc.**, 2009, 18, supl.1, p.8-51.

CECCIM, R. B., ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2012.

CECCIM, R. B.; FEUEWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2012.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2011.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. In: EPSJV. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p.308.

CEZAR, P.H.N.; GUIMARÃES, F.T.; GOMES, A.P.; RÔÇAS, G.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problemas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n.2, p.298-303, 2010.

DAVINI, M.C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente os Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. p.56. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde).

DURÃO, A. V. R. **Educação Permanente em Saúde: história e redirecionamentos atuais**, Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, 2006. p .38.

FRANCO, T.B. Producción del cuidado y producción pedagógica: integración de los marcos del sistema de salud en Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.11, n.23, p.427-38,set/dez 2007.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G.(Org). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2008. cap. 3, p.64-89

GOIÂNIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE. Departamento de Gestão e Educação do Trabalho. **Boletim da Saúde**, Goiânia, 2012.p.15.

GONZÁLEZ, A.D, ALMEIDA, M.J. Integralidade da Saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v15, n. 3, p. 757-762, 2010

HADDAD, A.E.; MORITA, M.C.; PIERANTONI, C. R.; BRENELLI, S.L.; PASSARELA, T.; CAMPOS, F.E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.3, p. 383-393, 2010.

LAZZARIN, H.C; NAKAMA, L; CORDONI JÚNIOR, L. Visão de professores de odontologia no processo de ensino-aprendizagem. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** Manguinhos, v.15, p 1801-1810, 2010. Suplemento 1

LEMO, C.L.S. A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde. 171p. 2010. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação, UFG. 2010.

LEMO, C.L.S.; FONSECA, S.G. Saberes e práticas: um estudo de um curso superior na área de saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, n28, p.57-69, 2009.

MASSAROLI, A. SAUPE, R. **Distinção conceitual: educação permanente e E educação continuada no processo de trabalho em saúde**, 2008. p.35.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface –Comunicação, Saúde, Educação.**, v.9, n.16, p.172-4, 2005

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p 406.

MITRE, S.M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J.M.; MORAIS-PINTO, N.M.; MEIRELLES, C.A.B.; PINTO-PORTO, C.; MOREIRA, T.; HOFFMAN, L.M.A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, p. 2133-2144, 2008. Suplemento 2.

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

PAULINO, V. C. P, BRANQUINHO, N. C. S; BEZERRA, A. L. Q., Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, 368-373, 2012.

PASCHOAL, A.S. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal**. 2004.75.f (Dissertação de mestrado), Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004.

PINHEIRO, R., FERLA, A., SILVA JÚNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 343-349, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a10v12n2.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2012.

PIMENTA, S.G; ANASTASIOU, L.G.C. **Docência no ensino superior**. São Paulo: Cortez, 279.p, 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. Análise dos dados qualitativos. In: _____. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 9, p. 199-221.

ROSSONI, E; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v 18, n. 1, p. 87-98, jan/jun, 2004.

SANTANA, F.R.; NAKATANI, A.Y.K.; FREITAS, R. A. M.M.; SOUZA, A.C.S.; BACHION, M.M. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. **Ciência e Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 15, p.1653-1664, 2010. Suplemento 1.

SILVA, A.A.S. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis/SC; 2, p.340-348, 2011.

TEÓFILO, T.J.S; DIAS, M.S.A. Concepções de docentes e discentes acerca de metodologias de ensino-aprendizagem: análise do caso do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú em Sobral – Ceará. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v.13, n.30, p. 137-151, 2009.

TURATO, E.R.T. Decidindo quais indivíduos estudar. In: _____. **Tratado de metodologia clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2005, cap.10, p. 437-48.

VASCONCELOS, C. M; PACHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S, *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p.531-562.

VEIGA, I.P.A. Projeto político-pedagógico: uma construção coletiva. In _____. **Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível**. 24. Ed. Campinas: Papirus, 2008. p. 11-36.

WERNECK, M.A.F; SENNA, M.I.B; DRUMOND, M.M; LUCAS, S.D. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 15, n.1, p. 221-231, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo **“O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA VISÃO DE SERVIDORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA**. O objetivo deste estudo é analisar as ações de educação permanente realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia no ano de 2011.

A realização deste estudo não oferece risco, prejuízo, desconforto ou lesão a você e ao desenvolvimento do seu trabalho. Se você tiver interesse em participar, ajudará a avaliar os aspectos que deverão sofrer intervenção. Você não terá despesas pessoais com o estudo e também não haverá compensação financeira à sua participação.

O entrevistado não será identificado e as entrevistas serão realizadas com gravador digital, na qual o participante do estudo pode ter acesso ao conteúdo dito por ele a qualquer momento da entrevista. Somente serão entrevistados os participantes que concordarem em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) antes de iniciar a entrevista.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao responsável pela pesquisa; a investigadora principal é Kalina Teles de Souza, estudante do mestrado da Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina Goiânia, Goiás, telefone (62) 32096151.

É garantida a retirada deste consentimento a qualquer momento, sem prejuízo à continuidade do desenvolvimento do seu trabalho. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil, Telefone: (62) 3201-3374

Assinatura

Nome e Assinatura do Pesquisador responsável

APÊNDICE B –ROTEIRO DE ENTREVISTA

Lotação:

Função:

- a) Para você o que é educação permanente em saúde?
- b) Como foram organizadas as ações de educação permanente em saúde no seu local de trabalho? Quais profissionais participaram?
- c) Em sua opinião, as ações de educação permanente em saúde ocorridas em 2011 atenderam as solicitações dos servidores? Justifique sua resposta.
- d) Como são definidos os conteúdos para os cursos de atualização dos profissionais? Os objetivos foram atendidos?
- e) Qual a metodologia mais utilizada nas ações de educação permanente em saúde que você participou no ano de 2011? Você gostou da forma que a metodologia foi utilizada? Justifique sua resposta.
- f) Você conseguiu transformar sua prática profissional com as ações de educação permanente em saúde? Justifique sua resposta
- g) Qual a sua satisfação com as ações de educação permanente em saúde que participou em 2011? Justifique sua resposta.
- h) Quais são os fatores que facilitam e/ou dificultam a participação das ações de educação permanente em saúde no serviço onde você atua? Você tem sugestões para a melhoria? Quais?

APÊNDICE C – EXEMPLO DE ENTREVISTA

E - 3

1) Para você o que é educação permanente em saúde?

É uma de atualizar os conhecimentos adquiridos em favor do serviço, então eu entendo que é o profissional, constantemente buscando o conhecimento, que pode favorecer o seu trabalho.

2) Como foram organizadas as ações de educação permanente? Quais profissionais participaram?

Bom, tem muitas ações que já vêm determinadas pela secretaria, na verdade, os profissionais são convocados a participar e as ações que acontecem aqui, geralmente, a gente articula com os profissionais das unidades para entender melhor que é a demanda deles e ver de que forma a gente pode construir isto. Um grande número de profissionais aqui já participaram da formação em metodologia de problematização, então, isto favorece um movimento um pouco diferente do distrito. Agora, as ações de educação permanente que já vêm da secretaria, a gente não tem muito controle, só mesmo participar.

Daqui, do distrito, abrange todos os profissionais: médico, enfermeiro, ACS, nutricionista, psicólogo e agora tem o NASF, também, com educador físico, assistente social.

3) Em sua opinião, as ações de educação permanente ocorridas em 2011 atenderam as solicitações dos servidores? Justifique sua resposta.

Acho que nunca esgota, algumas temáticas atenderam e outras não, muitas vezes fazemos ações de educação permanente e não entende porque está fazendo a gente escutar muito isto, algumas coisas são repetidas, eu acho que não foi cem por cento mas alguns aspectos atenderam sim.

4) Como são definidos os conteúdos para os cursos de atualização dos profissionais? Os objetivos foram atendidos?

A gente tem um contato direto com as equipes, um exemplo de conteúdo que participei, o curso de redução de danos, álcool e drogas, um problemático que sempre está em evidência e acaba que o trabalho, com as equipes da E.S.F., gera sugestão de conteúdos para as ações de educação permanente. Tem também a reunião de gestores que também levanta a problemática, a dificuldade de lidar com os profissionais, de entender um pouco sobre acolhimento.

5) Qual a metodologia mais utilizada nas ações de educação permanente em saúde que você participou no ano de 2011? Você gostou da forma que a metodologia foi utilizada? Justifique sua resposta.

Aqui do distrito é a metodologia da problematização. Gosto desta metodologia porque parte da realidade e pode ser útil para atender as necessidades do trabalhador e de comunidade.

6) Você conseguiu transformar sua prática profissional com as ações de educação permanente em saúde? Justifique sua resposta

Algumas sim, o próprio contato com a metodologia de problematização é uma transformação, você passa de uma visão apenas depositária para a construção.

7) Qual o seu nível de satisfação com as ações de educação permanente que participou em 2011? Justifique sua resposta.

Eu daria nove e vírgula e cinco (9,5), um bom nível de satisfação com as ações de educação permanente do distrito, tanto que eu ainda não quis aposentar, para aprofundar cada dia mais na área de educação permanente.

8) Quais são os fatores que facilitam e/ou dificultam a participação das ações de educação permanente no serviço onde você atua?

Fatores que facilitam:

Própria disponibilidade dos profissionais.

Fatores que dificultam:

Infraestrutura falta de recursos materiais, dificuldade de liberação de gestor, que quer ver no final contabilizado o número de atendimentos porque as unidades têm este problema, pois o profissional médico não participa devido a este fator.

Sugestões para melhoria:

É, eu acho que continuar investindo na problematização, que já é um avanço e dar mais voz para quem participa. Subsidiar ações de educação permanente que serão úteis para os profissionais e não apenas realizar aquelas que as verbas já estão pré-definidas, para, realmente, atender as necessidades do serviço.

ANEXOS

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



CARTA DE APROVAÇÃO

Protocolo Nº 24/12

Título do Projeto: “O Processo de Educação Permanente na Percepção de Servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – Versão 2.”

Investigador(a) Responsável: Kalina Teles de Souza

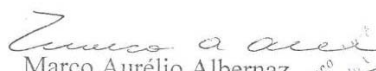
Prezado(a) Senhor(a),

Informo-lhe que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil – CEP/HMI, analisou e deliberou sobre o conteúdo do Projeto de Pesquisa em epígrafe, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obtendo a aprovação segundo aos princípios éticos vigentes.

Informo, ainda, que a presente aprovação tem validade pelo período de tempo definido no projeto e caso haja alterações no cronograma, ainda que alheias a vontade do pesquisador, estas deverão ser informadas a esse Comitê para fins de análise e deliberação.

Por oportuno, permito-me lembrar-lhe da necessidade de V.Sa. ter que elaborar e encaminhar à esse Comitê relatórios semestrais relativos ao andamento, encerramento, conclusão e publicação da pesquisa.

Atenciosamente,


Marco Aurélio Albernaz
Coordenador do CEP-HMI

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil de Goiânia – Go.
Rua R 7 esquina com Av. Perimetral s/nº, Setor Oeste, Goiânia – Goiás, CEP: 74.530-020
Fone: (62) 3201-3374
hmi.cep@saude.go.gov.br

ANEXO B – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE PERIÓDICO

Revista Brasileira de Educação Médica

Forma e preparação de manuscritos

1. Artigos originais: (limite de até 6.000 palavras, incluindo texto e referências e excluindo tabelas, gráficos, folha de rosto, resumos e palavras-chave).

1.1. Pesquisa - artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas;

1.2. Ensaio - artigos com análise crítica sobre um tema específico relacionado com a Educação Médica;

1.3. Revisão - artigos com a revisão crítica da literatura sobre um tema específico.

2. Comunicações: informes prévios de pesquisas em andamento - Extensão do texto de 1.700 palavras, máximo de 1 tabela e 5 referências.

3. Documentos: documentos sobre política educacional (documentos oficiais de colegiados oficiais) - Limite máximo de 2.000 palavras.

4. Relato de experiência: artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente - Limite máximo de 6.000 palavras.

5. Cartas ao Editor: cartas contendo comentários sobre material publicado - Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.

6. Teses: resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/livre-docência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras-chave e key-words.

7. Resenha de livros: poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior - Limite máximo de 1.200 palavras

8. Editorial: o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite - Limite máximo de 1.000 palavras.

Estrutura:

- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de 80 caracteres, incluindo espaços - deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 40 caracteres, incluindo espaços)

- Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo.

- Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e e-mail. Apenas os dados do autor principal serão incluídos na publicação. - Resumo de no máximo 180 palavras em português e versão em inglês.

Quando o trabalho for escrito em espanhol, deve ser acrescido um resumo nesse idioma.

- Palavras chave: mínimo de 3 e máximo de 8, extraídos do vocabulário DECS - Descritores em Ciências da Saúde para os resumos em português (disponível em <http://decs.bvs.br/>) e do MESH - Medical Subject Headings, para os resumos em inglês (disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto.

No caso de pesquisas que tenham envolvido direta ou indiretamente seres humanos, nos termos da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

Referências

As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: <http://www.icmje.org>

Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxx1 (p.32).

Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional