UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE

ANA PAULA FREITAS LIMA

DESENVOLVENDO UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM UNIDADE DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Goiânia
2019

sistema de bibliotecas ufg

PRPG
PRÓ REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

UFG

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES 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), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, 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: **[X] Dissertação** **[ ] Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: Ana Paula Freitas Lima

Título do trabalho: Desenvolvendo uma estratégia de Educação Permanente em Saúde em unidade de terapia renal substitutiva

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento [ ] SIM [X] NÃO[1]

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

Ana Paula Freitas Lima

Assinatura do(a) autor(a)[2]

Ciente e de acordo:

Assinatura do(a) orientador(a)[2]

Data: 18 / 03 / 19

[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.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

[2] A assinatura deve ser escaneada.

sistema de bibliotecas ufg

UFG

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS 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), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, 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: **[X] Dissertação** **[ ] Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: ANA PAULA FREITAS LIMA

Título do trabalho: DESENVOLVENDO UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM UNIDADE DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento [X] SIM [ ] NÃO[1]

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

Ana Paula Freitas Lima

Assinatura do (a) autor (a) [2]

Data: 15 / 09 / 2022

[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.

[2] A assinatura deve ser escaneada.

ANA PAULA FREITAS LIMA

DESENVOLVENDO UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM UNIDADE DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – nível Mestrado da Universidade Federal de Goiás, para a obtenção do Título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Edna Regina Silva Pereira

Co-orientadora: Profa. Dra. Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes

Goiânia
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Freitas Lima, Ana Paula
Desenvolvendo uma estratégia de educação permanente em saúde em unidade de terapia renal substitutiva [manuscrito] / Ana Paula Freitas Lima. - 2019.
150 f.: il.

Orientador: Profa. Edna Regina Silva Pereira; co-orientadora Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (Profissional), Goiânia, 2019.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui siglas, mapas, fotografias, abreviaturas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. educação permanente. 2. formação de recursos humanos. 3. metodologia da problematização. 4. terapia de substituição renal. I. Silva Pereira, Edna Regina, orient. II. Título.

CDU 37

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde

ATA de Defesa de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Às oito horas e trinta minutos do dia vinte e seis de fevereiro de dois mil e dezenove, reuniu-se na Faculdade de Medicina a Comissão Julgadora infranomeada para proceder ao julgamento da Dissertação de Mestrado apresentada pelo (a) Pós-Graduando (a) **Ana Paula Freitas Lima**, intitulada **"DESENVOLVIMENTO DE UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM UNIDADE DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA",** como parte de requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde, área de concentração **Ensino na Saúde**. O (A) Presidente da Comissão julgadora, **Prof.ª Dra. Edna Regina Silva Pereira**, concedeu a palavra ao (a) candidato (a) para exposição em até trinta minutos do seu trabalho. A seguir, o (a) senhor (a) presidente concedeu a palavra, pela ordem, sucessivamente aos Examinadores, os quais passaram a arguir o (a) candidato (a) durante o prazo máximo de vinte minutos, assegurando-se ao (à) mesmo (a) igual prazo para responder aos Senhores Examinadores. Ultimada a arguição, que se desenvolveu nos termos regimentais, a Comissão, em sessão secreta, expressou seu Julgamento, considerando o (a) candidato (a) APROVADA [Aprovado (a) ou Reprovado (a)]. Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou o (a) candidato (a) **Ana Paula Freitas Lima** (X) Habilitado (a) ( ) Não habilitado (a). Nada mais havendo a tratar, eu **Prof.ª Dra. Edna Regina Silva Pereira**, lavrei a presente ata que, após lida e julgada conforme, foi por todos assinada.

Banca Examinadora	**Assinatura**
Prof.ª Dra. Edna Regina Silva Pereira – presidente	
Prof.ª Dra. Andrea Sugai Mortoza – membro titular	
Prof.ª Dra. Bárbara Souza Rocha – membro titular	
Prof.ª Dra. Thaís Rocha Assis – suplente	
Prof.ª Dra. Maria Goretti Queiroz – suplente	

A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Dissertação:
Desenvolvendo uma estratégia de educação permanente em saúde em unidade de terapia renal substitutiva

Ana Paula Freitas Lima
Ana Paula Freitas Lima

Dedico este trabalho aos profissionais da saúde e reforço que a formação em saúde passa, necessariamente, pelo mundo do trabalho em que estamos inseridos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ser a minha fortaleza e guiar meus passos.

À minha orientadora, professora Edna, um verdadeiro e inesperado presente do mestrado, pelas orientações, desafio proposto e acima tudo por ter acreditado em mim.

À minha co-orientadora, professora Ida Helena, por me inspirar na escolha da Educação Permanente em Saúde como objeto de estudo.

À nossa grande colaboradora, professora Bárbara Rocha, por problematizar conosco nessa caminhada.

Às professoras, Cristiane Lemos e Andrea Sugai, pelas contribuições nas bancas de qualificação e defesa.

Aos participantes da pesquisa.

Aos colegas e amigos pela aflição compartilhada e apoio nesses 30 meses.

Aos meus pais, Marcos e Celina, responsáveis pelo que me tornei e por me ensinarem a voar, mas sempre me esperarem de volta no lar.

À minha tia Rut e todo o seu cuidado e sabedoria.

À minha irmã Camila por simplesmente ser a minha melhor metade.

Ao Pedro por insistir em chamar a dinda para brincar e ao nosso pequeno Bento.

Ao Danillo que entre ausências, livros, artigos e anotações me escolheu como a sua companheira para sempre.

Meu muito obrigada e eterna gratidão!

"Educação não transforma o mundo.
Educação muda pessoas.
Pessoas transformam o mundo".

Paulo Freire

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde (EPS), considerada também um conceito pedagógico, tem sido entendida como a aprendizagem significativa no trabalho por meio da problematização da realidade e possibilidade de transformação das práticas. Além disso, deve ser garantida pelos estabelecimentos integrantes da linha de cuidado à pessoa com doença renal crônica. Esse estudo teve como objetivo analisar o desenvolvimento de uma estratégia de EPS em unidade de terapia renal substitutiva. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo pesquisa-ação, embasado na metodologia da problematização (MP), como proposta no Arco de Maguerez. Os dados foram obtidos por meio de grupos focais e observação participante com anotações em diário de campo durante a implementação de uma estratégia de EPS com profissionais de nível superior que prestam assistência em um serviço de referência em hemodiálise e diálise peritoneal, sendo analisados conforme análise de conteúdo, proposta por Bardin. Os resultados demonstraram persistência de um modelo de educação em serviço na instituição como recurso descontínuo de capacitação, centrado em categorias uniprofissionais e a necessidade de institucionalização da EPS com o apoio da gestão. Além de reconhecerem a motivação em trabalhar com problemas inerentes ao próprio processo de trabalho do serviço, a execução de uma estratégia com o uso da MP propiciou aos participantes o desenvolvimento da noção de responsabilidade sobre o seu aprendizado e a possibilidade de mudança na realidade do serviço no qual estão inseridos. A persistência de práticas de assistência de forma fragmentada, além de representar um desafio, reforça a necessidade da implementação da política de EPS. Discutir problemas e situações da realidade do serviço propiciou aos participantes a reflexão sobre suas práticas e necessidade de participação em todo o processo de educação em saúde no serviço.

Palavras-chave: educação permanente; formação de recursos humanos; metodologia da problematização; terapia de substituição renal

ABSTRACT

The Health Permanent Education, considered also as a pedagogical concept, has been understood as a significant learning at work through problematization of reality and possibility of transformation of practices. Moreover, must be guaranteed by the establishments of care of patients with chronic kidney disease. This study aimed analyze the perceptions and practice of Health Permanent Education, between professionals from a unit of renal replacement therapy. This is a qualitative study, of the research-action type, based on the problematization methodology, as proposed in Maguerez's Arc. The data were collected through focus groups and participant observation with notes in field diary during the implementation of a strategy of health permanent education with graduate professionals who provide care in a reference service of hemodialysis and peritoneal dialysis, and analyzed according to content analysis, proposed by Bardin. The results showed persistence of a model of education action in the institution as a discontinuous training resource, focused on uniprofissionais categories and the need for institutionalization of the Health Permanent Education with the support of management. In addition to recognizing the motivation to work with problems inherent to the service work process, the implementation of a strategy with the use of problematization methodology led participants to develop the sense of responsibility for their learning and the possibility of change in the service reality in which they are inserted. The persistence of care practices in a fragmented way, besides represent a challenge, reinforces the need for implementation of Health Permanent Education Policy. Discuss problems and situations of the service actually led the participants to reflect on their practices and need to participate in all the health education process in the service.

Key words: permanent education; training in human resources; problematization methodology; renal replacement therapy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Cronologia dos principais marcos da formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil.	25
Figura 2:	Arco de Maguerez utilizado por Berbel, a partir de Bordenave e Pereira.	33
Figura 3:	Panorama mundial da Doença Renal Crônica.	37
Figura 4:	Representação em quatro fases do ciclo básico da investiga-ação.	43
Figura 5:	Esquema com as ferramentas e métodos utilizados para a coleta de dados.	47
Figura 6:	Expectativas dos participantes do estudo em relação à oficina de Educação Permanente em Saúde.	54
Figura 7 e 8:	Conceitos de Educação Permanente em Saúde revisados pelos participantes do estudo durante a oficina de Educação Permanente em Saúde.	55
Figura 9:	Esquema de análise de dados, conforme análise de conteúdo.	57

Artigo 1

Figura 1:	Representação esquemática da coleta de dados.	66
Figura 2:	Execução do Arco de Maguerez em estratégia de Educação Permanente em Saúde em uma unidade pública de Terapia Renal Substitutiva.	68
Figura 3:	Esquema representativo da ferramenta 5W3H.	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Principais aspectos que diferenciam Educação Continuada e Educação Permanente 28

Quadro 2: Dados referentes à data, tempo de discussão e tamanho dos arquivos de áudio por grupo focal. 49

Quadro 3: Descrição das técnicas e ferramentas utilizadas durante a estratégia de Educação Permanente em Saúde. 51

Artigo 2

Quadro 1: Categorias e subcategorias emergentes na análise de conteúdo temática. 91

Produto Técnico

Quadro 1: Cronograma de encontros, ações relativas às etapas da Metodologia da Problematização e ferramentas sugeridas para as atividades. 125

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de pacientes conforme modalidade de terapia dialítica e fonte pagadora no Brasil, censo 2014. 38

ANEXOS E APÊNDICES

Apêndices

Apêndice 1:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	130
Apêndice 2:	Instrumento de identificação e caracterização dos profissionais participantes do estudo.	132
Apêndice 3:	Roteiro com questões norteadoras grupo focal 1.	133
Apêndice 4:	Roteiro com questões norteadoras grupo focal 2.	134

Anexos

Anexo 1:	Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.	135
Anexo 2:	Normas de submissão da revista Trabalho, Educação e Saúde.	140
Anexo 3:	Normas de submissão da revista Interface.	143

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA:	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIES:	Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço
CF:	Constituição Federal
CNS:	Conferência Nacional de Saúde
COREQ:	*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*
DCN:	Diretriz Curricular Nacional
DP:	Diálise Peritoneal
DPA:	Diálise Peritoneal Automatizada
DPAC:	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
DRC:	Doença Renal Crônica
EC:	Educação Continuada
EP:	Educação Permanente
EPS:	Educação Permanente em Saúde
FAIMER:	*Foundation for Advancement of International Medical Education and Research*
HC//UFG:	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás
HD:	Hemodiálise
MEC:	Ministério da Educação
MP:	Metodologia da Problematização
MS:	Ministério da Saúde
OMS:	Organização Mundial de Saúde
OPAS:	Organização Pan-Americana de Saúde
PET-Saúde:	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS:	Política Nacional de Educação Permanente
PRO EPS-SUS:	Programa para Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde
PROMED:	Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

SGTES:	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS:	Sistema Único de Saúde
RDC:	Resolução da Diretoria Colegiada
TCLE:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS:	Terapia Renal Substitutiva
UFG:	Universidade Federal de Goiás

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	14
1	**INTRODUÇÃO**	15
2	**REFERENCIAL TEÓRICO**	19
2.1	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	19
2.1.1	BASES LEGAIS E HISTÓRICAS	19
2.1.2	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO CONCEITO À PRÁTICA	25
2.2	METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO	30
2.3	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA	36
3	**OBJETIVOS**	41
4	**MÉTODO**	42
4.1	ABORDAGEM DA PESQUISA E TIPO DE ESTUDO	42
4.2	LOCAL DE ESTUDO	44
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	45
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	46
4.5	COLETA DE DADOS	46
4.5.1	GRUPO FOCAL	47
4.5.2	ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	50
4.5.3	OFICINA	53
4.6	ANÁLISE DE DADOS	56
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	57
5	**RESULTADOS**	59
5.1	ARTIGO 1	60
5.2	ARTIGO 2	85
6	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	108
	REFERÊNCIAS	110
	PRODUTO TÉCNICO	119
	ANEXOS E APÊNDICES	130

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória profissional foi construída após minha graduação em Enfermagem nessa Universidade, no ano de 2009, quando iniciei minhas atividades como enfermeira em um hospital público distrital. Já no ano de 2011 retomei minha formação como residente em Atenção Cardiopulmonar pelo Hospital Universitário de Brasília, onde permaneci por algum tempo após conclusão da residência.

Minhas vivências em hospitais de ensino continuaram, até que no ano de 2015 ingressei novamente na Universidade Federal de Goiás como técnica administrativa em educação, no cargo de enfermeira, sendo primeiramente lotada no curso de medicina da Regional Jataí. Nesse período trabalhei com o ensino baseado em simulação, dentro de um laboratório de habilidades médicas, o que me fez despertar para o uso de metodologias ativas de ensino e o interesse por ingressar em um programa de pós-graduação em ensino.

No ano subsequente, já aprovada no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, recebi uma proposta de remoção para o Hospital das Clínicas, sendo que essa dissertação vai ao encontro das minhas inquietações, após retornar para um hospital universitário como enfermeira assistencial e me ver lotada em um serviço completamente novo para mim até o momento, a Terapia Renal Substitutiva, sendo necessário que eu buscasse conhecimento que subsidiasse a minha assistência aos usuários desse setor.

Tais experiências, me geraram questionamentos e inquietações em relação à formação de recursos humanos e práticas dentro da instituição. Nesse sentido, como já havia iniciado o mestrado na linha de pesquisa "Concepções e práticas na formação dos profissionais de saúde" e tendo a oportunidade de contar com a orientação de uma especialista na área de nefrologia, surgiu a ideia de desenvolver uma estratégia de educação permanente em saúde no serviço de terapia renal substitutiva e investigar as percepções coletivas.

1 INTRODUÇÃO

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) até a instituição, no ano de 2004, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria n° 198, inúmeras transformações das práticas e saberes da formação em saúde foram desenvolvidas para garantir uma educação voltada para o ambiente de trabalho e o desenvolvimento profissional. Essa política possibilitou a construção e institucionalização de espaços, onde é possível se analisar a prática cotidiana no setor saúde, no sentido de transformá-la, qualificando-a (BRASIL, 2004; GIGANTE; CAMPOS, 2016). A Educação Permanente (EP) foi então definida por essa portaria como:

> A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores em saúde tomem como referências as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização de trabalho (BRASIL, 2004, p.38).

Na perspectiva da PNEPS, esse conceito contrasta com o paradigma da Educação Continuada (EC), sendo essa um recurso tradicional no setor de saúde e caracterizada como pontual, centrada na atualização de conhecimentos e técnicas de transmissão na perspectiva de categorias profissionais (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, a Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, estabelece que os serviços de saúde integrantes da linha de cuidado à pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) devem observar a garantia da EP dos profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC, de acordo com as diretrizes da PNEPS (ANVISA, 2014a).

Essa doença vem se apresentado, nas últimas décadas, como um problema mundial de saúde pública, pelos aumentos significativos de suas taxas de incidência, prevalência e morbimortalidade (WEBSTER *et al.*, 2017). O manejo de um paciente com DRC abrange diversos aspectos, dentre eles os cuidados conservadores e preparo para a terapia renal substitutiva (TRS) quando essa se faz necessária (SINGH; KARI, 2016).

Portanto, considerando a importância da TRS, é necessário que os serviços de saúde conheçam as práticas de sua equipe e implementem estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) com a finalidade de transformar a organização do trabalho, aproximando-se da sua realidade com um modelo assistencial comprometido com o controle social e com a capacidade de atender as várias dimensões e necessidades de saúde desses pacientes. Sendo assegurado, no sistema de saúde brasileiro, o direito e dever da sociedade na participação de decisões relacionadas aos programas de educação para a saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Iniciativas de educação em serviço, vem sendo relatadas e tem demonstrado eficácia no fomento de mudanças positivas no conhecimento, atitude e percepções em diversas áreas de práticas em saúde (MCCAFFREY *et al.*, 2012; CORIOLANO *et al.*, 2012; SILVA; KNOBLOCH, 2016). No entanto, outro estudo evidenciou um perfil de ações educativas dentro das instituições hospitalares públicas distante da concepção de integralidade, demonstrando fragilidade da abordagem nos processos educativos dos profissionais responsáveis pela assistência aos usuários (TRONCHIN *et al.*, 2009).

Em revisão integrativa da literatura Stroschein e Zocche (2012) observaram poucas experiências nos serviços de saúde no Brasil que contemplaram todos os princípios preconizados pela PNEPS, e que apresentaram a EP como uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho e aplicação da metodologia da problematização (MP). Além disso, identificou-se por meio de busca em literatura em bases de dados uma escassez de informações caracterizadas pela aproximação entre EPS e a TRS, permanecendo uma lacuna no que diz respeito a modelos específicos para o desenvolvimento de saberes que resultem no desenvolvimento da prática rotineira desses serviços.

Experiência relatada por Phillips *et al*. (2015), sugere que iniciativa de educação em enfermagem demonstrou eficácia na mudança de opinião dos enfermeiros de centro de hemodiálise (HD) a respeito da diálise domiciliar, avaliando o efeito direto de uma atividade educativa e tornando os profissionais mais informados e confortáveis para a explicar as modalidades dialíticas domiciliares para os pacientes. Outro estudo realizado com a equipe de enfermagem de uma unidade de HD trouxe como sugestão para a prevenção da ocorrência de eventos adversos, por esses profissionais, educação em serviço como principal medida e como ação importante para a formação e desenvolvimento de recursos humanos (DE SOUSA *et al*., 2013).

Por isso, entende-se essa realidade como uma crescente demanda por programas de EP e pesquisas nessa área, cujos resultados poderão indicar qual a relação entre a EPS enquanto fundamentação teórica, metodológica e tecnológica e o desempenho dos profissionais no atendimento da TRS. Uma estratégia educativa deve então se enquadrar em alguns critérios, como: inserção no contexto do serviço a partir dos problemas de práticas na vida cotidiana, construção conjunta de soluções com a problematização da realidade, projeto de desenvolvimento ao longo do tempo e orientação para desenvolvimento institucional das equipes e grupos sociais (BRASIL, 2009).

Além disso, reconhece-se a necessidade de descentralização e disseminação da capacidade pedagógica da EPS entre seus trabalhadores, gestores, serviços e sistemas (CECCIM, 2005). O que nos leva a acreditar no desenvolvimento de estudos que proponham claramente estratégias e apontem projetos de intervenção por meio da elaboração e implementação de programas para o aprimoramento da equipe multiprofissional, no sentido de complementar a sua formação, de acordo com a realidade diagnosticada pelos profissionais envolvidos.

Buscando compreender os desafios e as potencialidades da EPS e partindo da visão de que o uso de estratégias educacionais é um processo que depende dos contextos e atores de sua aplicação, nosso trabalho se concentrou em um evento particular de educação em serviço de profissionais, composta pela equipe multiprofissional de nível superior, nas práticas em TRS em um hospital

federal de ensino. Assim, propomos um estudo onde foi desenvolvida uma estratégia de EPS com a utilização da MP e avaliação dos resultados de sua aplicação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

2.1.1 BASES LEGAIS E HISTÓRICAS

A formação profissional em saúde e sua responsabilidade enquanto prática transformadora tem sido um desafio diante da necessidade de renovação dos processos de trabalho, em função da dificuldade de associar a EP com a realidade cotidiana dos serviços de saúde (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

A origem da EPS apresenta relação com a incorporação do modelo toytista ao mundo do trabalho em saúde, quando foi levantada a demanda por profissionais que atendessem ao setor produtivo que se reformulava, com capacidade de exercer funções além das repetitivas e solucionar problemas. Sendo a qualificação dos recursos humanos por meio da EP entendida como um dos principais meios para a produtividade econômica e desenvolvimento da organização do trabalho (LEMOS, 2016).

Historicamente, observa-se que as discussões de EP relacionadas à saúde tiveram seus debates intensificados, na América Latina, a partir da década de 1970, com o desenvolvimento de diversos trabalhos preliminares com características particulares condicionadas as divergências entre os diferentes países. Nesse sentido, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), por meio do esforço de diversos grupos de trabalhadores latino-americanos elaborou proposta de reorientação da EP, que trouxe o processo de trabalho como eixo central de aprendizagem e enfatizou a capacidade de criação de conhecimento a partir da discussão e análise de problemas e necessidades reais (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990).

As discussões sobre formação de recursos humanos no Brasil, analisadas as políticas de saúde, desenvolveram-se nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Gigante e Campos (2016), após análise dos

relatórios das CNS e demais legislações, percebem preocupação, tanto na habilitação profissional quanto com aqueles trabalhadores já inseridos no mundo do trabalho com a transformação do modelo de atenção à saúde no SUS, por intermédio da EPS.

A IV CNS, em 1967, trouxe como tema a seguinte chamada: "Recursos Humanos para as atividades de Saúde" (BRASIL, 1967). No entanto, apesar de pouco ter se discutido sobre a formação profissional, na VI CNS em 1977, apareceu pela primeira vez o termo EC (BRASIL, 1977).

Em resposta ao movimento da Reforma Sanitária Brasileiro, propõe-se então um processo dinâmico de construção como parte de uma luta pela qualificação da educação profissional, que deveria habilitar os trabalhadores a fim de assegurar a melhoria da qualidade da assistência prestada. Os movimentos da década de 1980 contribuíram significativamente na reorientação da prática, no desenvolvimento de um modelo de assistência à saúde e na formação dos profissionais de saúde; dentre eles podemos destacar a VIII CNS em 1986, síntese do movimento da reforma e base para a reformulação da política de saúde brasileira e formação do SUS, onde sugeriu-se capacitação e reciclagem permanente de recursos humanos (BRASIL, 1986a; CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Em continuidade à VIII CNS, em outubro desse mesmo ano ocorreu em Brasília a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde, constituindo-se como um fórum específico para a discussão de questões relacionadas a formação e trabalho de forma associada, concretizando a recomendação da articulação ensino-serviço, por meio de levantamento de entraves e sugestões entre os órgãos formadores e as instituições prestadoras de serviços de saúde. Tratou-se ainda da EC e do papel desempenhado pelos hospitais de ensino na assistência e educação (BRASIL, 1986b).

A promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, trouxe em seu artigo 200, no inciso III, a atribuição ao SUS a competência de ordenar a formação na área da saúde (BRASIL, 1988). A lei n° 8.080 de 1990 dispõe então, em diversos de seus artigos sobre ações educacionais, tais como a atribuição do SUS de formular e executar política de formação e

desenvolvimento de recursos humanos, além de prever a constituição de comissões permanentes com o intuito de auxiliar, propondo prioridades e estratégias para a formação e EC (BRASIL, 1990).

Apesar disso, no decorrer da década de 1990 a implementação do SUS foi marcada por uma atuação limitada do MS em relação a ordenação da formação dos profissionais da saúde, sem grandes evidências de articulação interministerial desse com o Ministério da Educação (MEC) atendendo as necessidades de saúde do período (MACHADO, 2007; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). Em 1992, na realização IX CNS, a primeira após a sanção da Lei Orgânica da Saúde, apareceram recomendações para a formação e capacitação voltadas para o trabalho, além de recomendação para a realização no ano seguinte da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, espaço em que houve a discussão dos paradigmas curriculares vigentes e sua coerência com os paradigmas assistenciais preconizados pelo SUS, profissionalização técnica e EC nos serviços (BRASIL, 1993).

No ano de 1996, aconteceu a X CNS, cujo relatório traz a qualificação dos trabalhadores em saúde. Sugere-se a promoção de programas permanentes de capacitação, formação e EC, assim como reciclagem e motivação das equipes e trabalhadores, pelos três níveis de gestão; avançando na recomendação de mecanismos para consolidação da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde por meio de estratégias permanentes que promovessem relações de trabalho, visando a humanização e melhorias da qualidade no atendimento ao usuário do SUS (BRASIL, 1998).

Nesse mesmo ano, a organização educacional vinculada ao mundo do trabalho e à prática social aparece, sob a égide da Lei n. 9394/1996, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que estabeleceu em seu artigo 40 que a educação profissional deverá ser desenvolvida em articulação com o ensino regular ou por diferentes estratégias de EC, em instituições especializadas ou no ambiente de trabalho (BRASIL, 1996).

Além disso, a promulgação dessa lei demandou a emissão do parecer n° 1.133/2001 pelo Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2001), com propostas revisadas para áreas de conhecimento que integram a saúde, e veio

reforçar, por meio das Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN), a formação de profissionais generalistas, éticos, humanistas, críticos e reflexivos, que atendam às necessidades de saúde da população brasileira. Além disso, em suas competências gerais, aparece a EP onde os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na formação quanto na prática, aprender a aprender e ter responsabilidades com a sua formação e a formação de futuros profissionais.

A implementação das DCNs gerou mudanças e fomentou o surgimento de programas de apoio à qualificação da formação, como o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), que propôs ações no sentido de adequar a formação médica ao SUS, promovendo cooperação técnica para as reformas curriculares (BRASIL, 2002). Assim como, a criação pelo Estado da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no ano de 2003, permitiu um trabalho conjunto entre os MS e MEC, aproximando as instituições formadoras e o sistema público de saúde, o que possibilitou o estabelecimento de estratégias que conversassem com a normativa constitucional de formação para a saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Dessa forma, a SGTES assume um embate direto com a EC, considerando essa uma pedagogia tradicional, que não permite a formação de profissionais críticos, com elementos suficientes para o enfrentamento das problemáticas da realidade dos serviços (LEMOS, 2016).

Considerando a necessidade e a responsabilidade do SUS em reorientar a formação de recursos humanos na área da saúde, por meio da Portaria n° 198/GM, no ano de 2004, foi instituída a PNEPS, sendo, a partir de então, a EPS amplamente difundida. Essa proposta foi elaborada com o intuito de articular e transformar as práticas de saúde e de educação na saúde, assim como organização do trabalho, considerando a EP como oportunidade de crescimento do ambiente laboral, por meio de uma inversão na lógica anteriormente consolidada de EC para capacitação de profissionais (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009).

No ano de 2005, foi instituída a Portaria conjunta n° 2.118 (BRASIL, 2005) pactuando a parceria entre MS e MEC, no sentido de desenvolver e formar recursos humanos na área da saúde. No mesmo ano, surge o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), visando a transformação do ensino de saúde no Brasil, a partir da criação de modelos de reorientação com abordagem integral dos usuários. Ou seja, teve como eixo central a integração ensino-serviço, com a consequente inserção dos estudantes no cenário real de práticas no SUS (BRASIL, 2007).

A concepção desse programa expressa diversas conquistas no cotidiano das propostas formativas em saúde e, caminhando nessa direção, em caráter complementar, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Sáude) vem no sentido de concretizar e alcançar os objetivos propostos de uma aprendizagem construída nos serviços de saúde, com a premissa de fortalecimento da integração ensino-serviço e ampliação das possibilidades de aprendizagem problematizadora e significativa (BATISTA *et al.*, 2015).

Assim, em 2007, foi publicada a Portaria n° 1.996, como reafirmação da PNEPS, que definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação dessa política, considerando as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão. Essa publicação trouxe contribuições para o desenvolvimento de ações educativas transformadoras com mudanças no enfoque educativo, incorporando o ensino e o aprendizado às práticas do trabalho, no contexto em que ocorressem (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

A reformulação da política e surgimento das comissões permanentes de integração ensino serviço (CIES) responsáveis por ações de formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS, tem em sua composição a presença do quadrilátero da EP, composto pela articulação entre ensino, atenção, controle social e gestão (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2009). Porém, o diferencial do quadrilátero da formação como referencial de ampliação do âmbito de atuação da EPS já estava presente na primeira fase da PNEPS, com o envolvimento desses setores na elaboração do planejamento dessa política (LEMOS, 2016).

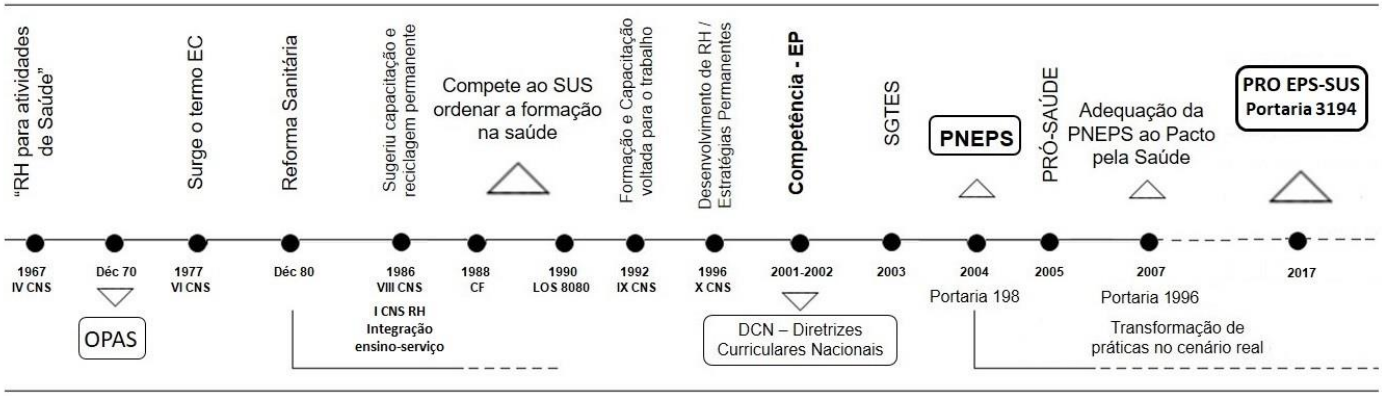
Fruto de um amplo processo de discussão sobre a institucionalização e a implementação da PNEPS, por intermédio da Portaria GM/MS n° 3.194 em 2017, a SGTES lançou o Programa para Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS (PRO EPS-SUS), que tem como objetivo geral:

> Art. 2º O PRO EPS-SUS tem como objetivo geral estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, como forma de apoio ao processo de planejamento de estratégias de EPS, novas publicações surgiram com orientações para subsidiar a elaboração dos Planos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) como um processo político participativo. Ainda, contendo, recomendações metodológicas para a sua construção e continuidade à realização de ações de EPS, com instrumentos que permitissem guiar essas, de forma planejada e organizada (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b).

A partir dos dados encontrados nas publicações e estudos, construiu-se uma linha cronológica (Figura 1), onde é possível visualizar a trajetória que compõem a evolução da formação de recursos humanos e, consequentemente, o amadurecimento da EP pelo setor da saúde no Brasil, desde o início da década de 1970, com a proposta de reorientação da EP pela OPAS, as principais experiências que surgiram com a criação da SGTES e a instituição da PNEPS, até a publicação do PRO EPS-SUS, no ano de 2017.

Figura 1: Cronologia dos principais marcos da formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil.



Fonte: Elaboração da autora (2019).

2.1.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO CONCEITO À PRATICA

O termo EPS, considerado também como um conceito pedagógico que visava efetuar relações entre o ensino e serviço, assim como a docência e atenção à saúde, teve sua abrangência ampliada para relações que envolvem a formação, com a gestão em saúde e o controle social (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007).

Esse conceito de EPS deve ser considerado para a definição de necessidades dos serviços de saúde, dentro da possibilidade de desenvolvimento profissional, pois faz-se necessário que o aprender e o ensinar se incorporem ao cotidiano no mundo do trabalho, por meio de uma aprendizagem significativa e na possibilidade de se transformar às práticas profissionais (BRASIL, 2009).

De acordo com Queiroz, Silva e Oliveira (2014), a EPS é definida como a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao ambiente laboral e as suas organizações, por meio de uma aprendizagem significativa, mediada por metodologias ativas e problematização da realidade. Essas articulações de ações, no exercício do trabalho no SUS, devem acontecer a partir da formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a busca de respostas e soluções para os problemas que impedem ou dificultam a atenção

integral e de qualidade, favorecendo a reflexão compartilhada desses profissionais (BRASIL, 2009;TRONCHIN *et al.*, 2009).

Em revisão integrativa da literatura, Campos, Sena e Silva (2017), identificaram uma evolução conceitual do termo EPS, com a incorporação dos princípios da educação problematizadora, realidade como contexto de ação, e de pedagogias não pautadas na transmissão e pensamento crítico-reflexivo. Porém, permanecem os diversos desafios em relação a sua aplicação no contexto dos serviços, com desarticulação da realidade e do processo de trabalho vivenciados pelos profissionais (ROSSETTO; SILVA, 2010; RICALDONI; DE SENA, 2006).

Além disso, Macêdo, Albuquerque e Medeiros (2014) afirmam que a produção do conhecimento também ocorre no cotidiano do trabalho:

> Os profissionais são considerados atores reflexivos com capacidade de propor soluções e inovações na assistência e gestão da saúde. E os processos de formação dos profissionais são pensados levando em consideração necessidades identificadas na prática dos serviços e sua implementação, realizada por meio de metodologias de ensino-aprendizagem que incluem a problematização dos processos e vivências do cotidiano como a produção científica (reflexão teórica) sobre a prática (MACÊDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014, p. 383)

Para Ceccim (2005b), a EPS se configura como correspondente à educação em serviço, colocando a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação de modo a fomentar um projeto de mudanças no mundo do trabalho, resultando da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na EC para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde.

Tem sido evidenciado, que mesmo após anos de publicação da PNEPS, e a recomendação de espaços de discussão coletiva que permitam a formação de facilitadores conscientes, os serviços e profissionais ainda demonstram dificuldade em avançar na implementação e condução de estratégias que se configurem como EPS (DA CUNHA *et al.*, 2014). As recomendações e posicionamentos da PNEPS e as demais legislações contradizem os processos de capacitação e atualização mais presentes nos serviços e na lógica de

transmissão de conhecimento específicos de cada profissão, com foco biomédico (MACÊDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014).

Nesse contexto, a ausência de consenso sobre a educação no trabalho, pode ser demonstrada pela existência de duas propostas distintas, sendo essas a EPS e a EC, que segue presente nos serviços de saúde, gerando uma confusão quando frequentemente são tratadas como sinônimos quando falamos de formação e qualificação no serviço, apesar de abordarem princípios metodológicos distintos (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Entretanto, a diferenciação entre os termos não é uma unanimidade nas publicações, sendo esses, ressignificados em diferentes contextos sociais e históricos. A OPAS as distingue considerando a EC como mais reducionista, e percebe-se que apesar de não haver uma transposição da ideia, a proposta da PNEPS se sustenta nesses referenciais (LEMOS, 2016).

Apesar de consideramos os princípios da PNEPS e a distinção que essa faz em relação à EC e EPS nesse estudo, entende-se como necessário trazer a visão de outros autores como Marin (1995), que contradizendo o conceito da OPAS entende a EC como mais abrangente, incorporando a ideia de formação no ambiente de trabalho. Assim como, para outros a EPS inclui a EC e até mesmo a educação em serviço, como formas de continuidade do processo de formação de recursos humanos para a saúde (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

Na PNEPS a EC, aparece como recurso tradicional no setor da saúde, com ênfase na atualização de conhecimentos, baseada na pedagogia da transmissão, com fins de atualização de conhecimentos especializados; e caracteriza-se como estratégia descontínua de capacitação centrada em categorias uniprofissionais (BRASIL, 2009).

Além disso, outros autores trazem a EC como modelo pontual que fragmenta e desarticula o processo da gestão e do controle social, com foco no conhecimento técnico científico por meio de cursos e treinamentos. Desse modo, as características apontadas convergem para a uniformização dos profissionais e seus processos de trabalho de forma institucionalizada, sem

que haja reflexão sobre as necessidades dos usuários (PEDUZZI *et al.*, 2009; MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

No entanto, ao comparar as duas modalidades de educação no trabalho, pode-se destacar que a EC envolve atualizações após o ensino regular, com duração definida, utilizando metodologia tradicional, enquanto a EPS com demandas educativas geradas pelo processo de trabalho prevê a inclusão dos profissionais em um processo dinâmico de conscientização com caráter transformador (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004). Estes autores, em consonância com os conceitos e princípios da PNEPS, apresentaram um resumo com aspectos chaves dessas terminologias, conforme demonstra o Quadro 1.

Quadro 1: Principais aspectos que diferenciam Educação Continuada e Educação Permanente.

Aspectos	**Educação Continuada (EC)**	**Educação Permanente (EP)**
Público – Alvo	Uniprofissional	Multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	Prática autônoma	Prática institucionalizada
Enfoque	Temas de especialidade	Problemas de saúde
Objetivo principal	Atualização técnico-científica	Transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	Esporádica	Contínua
Metodologia	Pedagogia de transmissão	Pedagogia centrada na resolução de problemas
Resultados	Apropriação	Mudança

Fonte: Mancia, Cabral e Koerich (2004).

Como podemos notar, existem diversas maneiras de conceituar EC e EPS, porém, todas elas estabelecem propósitos de desenvolvimento profissional,

seja através de ganho de conhecimento e habilidades ou por mudanças de atitudes e da realidade. O Quadro 1 evidencia marcantes diferenças conceituais, porém essas propostas devem ser vistas com um caráter complementar e não excludente (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004; MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Merhy (2005) afirma que os processos verdadeiramente comprometidos com a EP devem ter a capacidade de gerar no trabalhador, durante a assistência em saúde, transformações da prática pela capacidade de problematizar a si mesmo no agir dentro do mundo do trabalho, sendo esse o grande desafio no plano individual e coletivo.

Entretanto, observa-se que estudos realizados em hospitais evidenciam um perfil de ações educativas com temáticas assistenciais e a recuperação da saúde, cujos profissionais demonstram desconhecer a base conceitual da EP, com tendência a reproduzir os modelos de educação utilizados pelas instituições, sem a realização de avaliação do resultado dessas práticas (TRONCHIN *et al.*, 2009; KOERICH; ERDMANN, 2016). Os depoimentos dos profissionais indicam que não há uma participação dos mesmo em todas as fases do planejamento e tomada de decisão das ações educativas, limitando a transformação do processo de trabalho (JESUS *et al.*, 2011).

Além disso, a pouca priorização da EPS pela gestão, dificultando o seu processo de implementação, para que esta ganhe espaço institucional, demonstra a necessidade de aprimoramento no desenvolvimento, garantindo a escuta dos trabalhadores e dos usuários para a definição das dificuldades encontradas no dia a dia do trabalho (LIMA; ALBUQUERQUE; DAVID WENCESLAU, 2014).

Estudo sobre experiências de EPS realizadas no Brasil concluiu que ao trabalhar as situações problemáticas vivenciadas no cotidiano profissional das equipes de saúde, é possível fortalecer a percepção da EP enquanto possibilidade de superação de velhas práticas, assim como as dificuldades existentes nesse contexto (STROSCHEIN; ZOCCHE, 2012).

Pesquisas sobre relatos, desde que devidamente referenciados, podem justificar reformulação de políticas e programas, além de permitir o

conhecimento de potencialidades e fragilidades, avaliação e acesso a informações sobre mudanças da realidade. Sendo assim, os processos de ensino e trabalho no SUS, promovem o diálogo entre saberes pelo protagonismo dos educandos, traduzindo aprendizagem nos cenários de atenção à saúde, por meio de transformação de práticas pedagógicas e assistenciais (CECCIM; CYRINO, 2017).

Dentro dessa perspectiva da EPS, recomenda-se um processo educativo embasado em problemas reais, com uso de metodologias ativas que, oportunamente, permitem a formação de profissionais capazes de resolver ou até mesmo revisar capacidades existentes que lhes inibem a resolução desses problemas. Sendo assim, a PNEPS aponta a problematização como estratégia de trabalho, pois permite uma ruptura com a aprendizagem conteudista, promovendo a discussão em equipe para gerar reflexão das práticas e construção de alternativas de ação, ao invés de atuarem apenas como receptores de informação (BRASIL, 2009; FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015).

2.2 METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO

As atividades educacionais permanecem dicotômicas entre os discursos e suas práticas. Apesar da ampliação das reflexões sobre a necessidade de transformação de modelos de ensino aprendizagem voltados para a formação integral de sujeitos críticos e reflexivos, proativos e que superam problemas, seguimos com um ensino tradicional indiferente aos processos de aprendizagem (MOURTHÉ JUNIOR; LIMA; PADILHA, 2018).

E, de acordo com a concepção desses autores, a prática educacional vem se mantendo centrada na figura do educador, baseada na repetição, disciplina e controle; sendo o seu papel historicamente direcionado para a transmissão do conhecimento. Apesar de reconhecer os movimentos para a formação de profissionais de saúde voltados para um cuidado integral, permanece os desafios de atender as demandas do mundo do trabalho, no qual estão inseridos (MOURTHÉ JUNIOR; LIMA; PADILHA, 2018).

Quando falamos das tendências pedagógicas que direcionam o processo de ensino-aprendizagem, partindo do pressuposto que a interação entre o sujeito e o processo de aprendizagem é intermediado por estruturas cognitivas e concepções em relação a inserção social dos indivíduos e as suas formas de aprender, essas devem ser tomadas como um elemento fundamental desse processo (CONTERNO; LOPES, 2016).

Desse modo, a EPS vem sendo pautada na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire, que chama a atenção para o processo de ensinar e aprender, propondo reflexão sobre as formas de abordagem com os educandos para que esses reconheçam sua tarefa no processo de aprendizagem, como capazes de provocar transformações, em relação a práxis (CECCIM, 2005b).

Segundo Miccas e Batista (2014), após analisar outros estudos, ações e decisões coletivas fundamentadas em práticas problematizadoras com aprendizagem deslocada para o ambiente de serviço foram indicadas como fundamental, dentro do processo de formação permanente, fornecendo respaldo na prática de forma contínua e articulada.

Com o objetivo de responder ao desafio da resolução de problemas, Bordenave e Pereira (1982), reforça os princípios que envolvem o diálogo e a participação ativa dos envolvidos para a transformação da realidade:

> A aprendizagem tornou-se uma pesquisa em que o aluno passa de uma visão sincrética ou global do problema para uma visão analítica do mesmo, através da sua teorização, para chegar a uma síntese provisória, que equivale à compreensão. Dessa apreensão ampla e profunda da estrutura do problema e de suas consequências, nascem hipóteses de solução que obrigam a uma seleção das mais viáveis. A síntese tem continuidade na práxis, isto é, na atividade transformadora da realidade (BORDENAVE; PEREIRA, 1982, p.10).

Para tanto, a Metodologia da Problematização (MP) surge na perspectiva de uma visão de educação libertadora, com concepção dessa como prática social e não individual e individualizante (BERBEL, 1995). A MP caracteriza-se então como uma metodologia de ensino, estudo e trabalho, a qual pode ser utilizada para promover a mobilização do potencial dos educandos, por meio de um processo que envolve ação-reflexão sobre um

aspecto da realidade observada, em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade (BERBEL, 1998; BERBEL, 2012).

O Arco de Maguerez, base para a aplicação da MP, foi elaborado na década de 1970, porém apenas nos anos de 1980, com inspirações em Paulo Freire, foi publicado por Bordenave e Pereira (1982) que apresentaram a proposta como um caminho de educação problematizadora, no entanto sem exemplos que pudessem incentivar a utilização da metodologia. No século XX, com a forte demanda por práticas educativas com o protagonismo dos educandos na construção do conhecimento, o potencial pedagógico dessa metodologia passou a ser considerado de maior relevância (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Partindo da necessidade de explicação e delineamento de características do Arco de Maguerez do ponto de vista teórico que o fundamentasse enquanto estratégia de ensino aprendizagem dentro da MP, Berbel (2012), em seu estudo, descreve as três versões de explicação para o arco:

1) O Arco explicado por Charles Maguerez: cria estratégia para educar adultos analfabetos e trabalhadores de minas, esboçando ideia de como se trabalha um método de ensinar;
2) O Arco de Maguerez em sua segunda versão, por Bordenave e Pereira: foco no aprendizado, conteúdo ou conhecimento técnico que o educador tenha; enfatiza busca pela observação da realidade ou aquilo que se quer estudar, situação ou problema advindo do educador;
3) O Arco de Maguerez utilizado na Metodologia da Problematização por Berbel: inversão, com um aspecto mais transformador da realidade, com aplicação daquilo que se fez em termos de discussão e reflexão crítica da realidade. A situação problema advêm não do educador, mas do educando que identifica a situação problema a ser estudada.

Assim sendo, a MP diferencia-se de outras metodologias sendo o seu ponto de partida e chegada a realidade a ser problematizada. Assim, extrapola a sua caracterização apenas como método, pelo exercício intelectual e social a ela atribuído. Isto permite enxergar e transformar a realidade com maior

criticidade, além de uma prática mais contextualizada, tão necessária a área da saúde (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Para que o processo tenha efeito, torna-se necessário o cumprimento de todas as etapas do Arco de modo integrado, configurando um ciclo pedagógico e didático, com oportunidade de aprendizado a partir da realidade vivida. A Figura 2 demonstra o desenho do arco utilizado por Berbel (BERBEL; GAMBOA, 2012).

Figura 2: Arco de Maguerez utilizado por Berbel, a partir de Bordenave e Pereira.

Fonte: Berbel; Gamboa (2012).

As cinco etapas demonstradas visam desenvolver a capacidade de aprender a aprender, sendo descritas de acordo com Colombo e Berbel (2007) e Villardi, Cyrino e Berbel (2015) a seguir:

1) Observação da realidade. Consiste na etapa inicial onde se busca identificar e registrar o recorte da realidade a ser observado, para o desencadeamento das demais etapas do Arco. O educando deve levantar dificuldades, falhas, contradições, dentre outras características que possam configurar-se como problema. Nessa etapa o educando deve decidir qual a forma de observação (técnicas e/ou instrumentos) que será utilizada e na aproximação dessa realidade trazer consigo os saberes obtidos em outras fontes para conseguir problematizá-la. Ao se apropriar das informações

observadas na realidade, o educando redige um problema (uma questão, afirmação ou negação), elegendo um foco específico, com a pretensão de que o seu estudo possa trazer possíveis transformações no recorte observado. Faz-se necessário justificar a escolha do problema, além de possíveis contribuições para o meio. Sendo assim, já nessa primeira etapa, é possibilitado ao educando assumir uma postura crítica em relação à realidade.

2) Determinação de pontos-chave. Nesta etapa deverá ser definido os aspectos do problema que será objeto de pesquisa. Exige reflexão e questionamento sobre os possíveis fatores associados e que afetam a existência do problema, afim de se buscar uma resposta para esse. O participante, ao realizar essa etapa, descreve toda a reflexão, com as possíveis explicações, percebendo que, em geral, são complexas e multifatoriais, com determinantes maiores e contextuais. Devem então ser eleitos os pontos prioritários e com ajuda do educador os educandos devem ser orientados na elaboração da síntese, apontando os tópicos a ser investigados, podendo estes ser expressos por meio de questões básicas, afirmações fundamentais, conjunto de tópicos, ou outras formas.
3) Teorização. É e etapa de investigação, permitindo a construção de respostas baseadas na literatura, por meio de informações acerca do problema de fontes variadas, tais como consulta a especialistas, pesquisa bibliográfica, entrevistas e informações de pessoas que vivem com o problema. Ao educando cabe a organização, análise e avaliação das informações obtidas, buscando-se sentido para elas e associação entre a teoria e prática, sempre refletindo sobre o quanto podem contribuir para chegar a resolução do problema. Esse processo de reflexão possibilita uma aquisição de novos saberes, assim como uma maior consciência do problema com que se deparam.
4) Hipóteses de solução. A quarta etapa do Arco exige que o potencial criativo e reflexivo dos participantes seja mobilizado, para que

baseados na teorização previamente realizada, possam projetar ideias que poderão, num futuro, concretizar-se para a solução no todo ou em parte do problema projetado na primeira etapa. A formulação das hipóteses pode abranger diferentes níveis de ação, devendo os participantes explicar e argumentar o sentido das mesmas na elaboração de alternativas de solução.

5) Aplicação prática à realidade. Como última etapa a ser percorrida pelos educandos e educadores, as hipóteses de solução devem ser analisadas em relação a sua aplicabilidade, para a eleição daquelas que poderão ser transformadas em ações concretas. Esse é o momento de planejamento, mas também de execução daquilo que foi proposto e de desenvolvimento de um compromisso dos participantes frente a realidade observada e vivenciada. Essa etapa proporciona, por meio de todo o estudo realizado, uma nova oportunidade de ampliação de conhecimento, contribuindo para que os participantes se percebam como sujeitos ativos no processo de transformação social.

Com os desdobramentos das etapas descritas acima, acreditamos que a MP, com a utilização dos preceitos do Arco de Charles Maguerez e aprofundado por Berbel, contribui para a formação de um profissional crítico-reflexivo, constituindo um caminho de estímulo para o desenvolvimento de saberes, pois requer de seus atores maior envolvimento:

> A riqueza dessa metodologia está em suas características e etapas, mobilizadoras de diferentes habilidades intelectuais dos sujeitos, demandando, no entanto, disposição e esforços pelos que a desenvolvem no sentido de seguir sistematizadamente a sua orientação básica, para alcançar os resultados educativos pretendidos (COLOMBO; BERBEL, 2007, p. 124).

Experiências utilizando a MP na formação de profissionais de saúde sugerem que a vivência e a aplicação dessa prática pedagógica permite o desenvolvimento do processo de ação-reflexão-ação, assim como a aplicação do Arco de Charles Maguerez auxilia no alcance dos objetivos de aprendizagem e de sujeitos que poderão dar continuidade à ações propostas em direção a

uma assistência transformadora (PRADO *et al.*, 2012; MELO; QUELUCI; GOUVÊA, 2014).

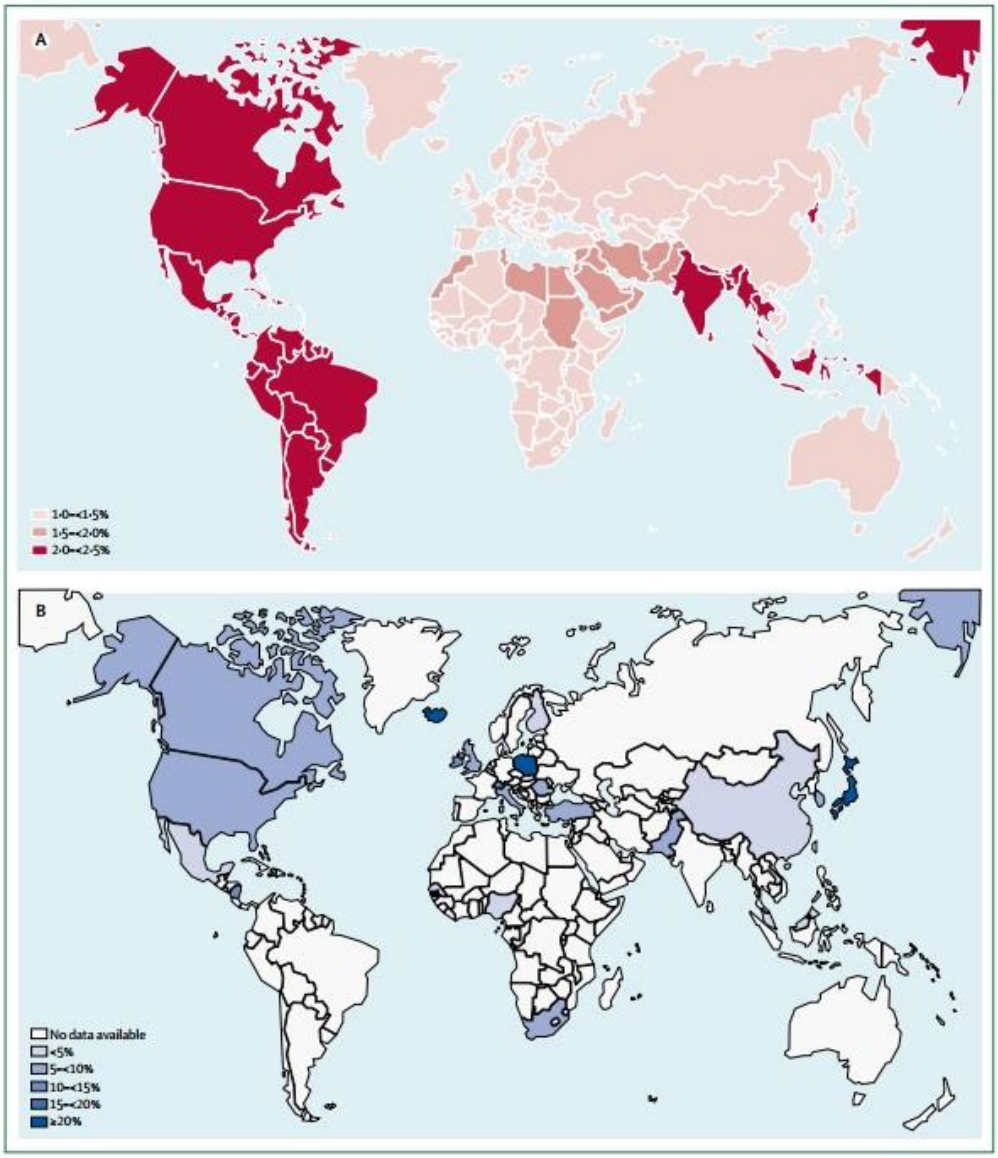
2.3 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

A DRC é definida como uma anormalidade da estrutura ou função renal, presente por mais de três meses, com implicações para a saúde (KDIGO, 2013). E vem se apresentando, nas últimas décadas, como um problema mundial de saúde pública, pelos aumentos significativos de suas taxas de incidência, prevalência e morbimortalidade, sendo esses índices variáveis em relação as etnias e determinantes sociais de saúde. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que 1,5% das mortes em todo o mundo, no ano de 2012, estavam associadas a essa condição clínica, conforme demonstra a Figura 3 (WEBSTER *et al.*, 2017).

O tratamento de um paciente com DRC compreende o rastreamento, diagnóstico e estadiamento da doença, os cuidados conservadores e seu preparo para a TRS, de acordo com a evolução da doença, quando, com a insuficiência renal, surgem sinais e sintomas importantes advindos do desequilíbrio hidroeletrolítico e uremia (RIELLA, 2010). Recomenda-se que o paciente participe de um programa multiprofissional, que inclua sua orientação e de sua família, sobre as modalidades adequadas de TRS, que incluem as modalidades dialíticas, como a hemodiálise (HD) e diálise peritoneal (DP), ou transplante renal (ANVISA, 2014b; SINGH; KARI, 2016).

O paciente deve ser informado sobre os diferentes programas de tratamento dialítico, devendo a escolha e indicação ser efetuada, ponderando-se o estado de saúde e o benefício terapêutico pretendido, em relação ao risco existente em cada opção terapêutica, garantindo ao paciente a participação na decisão sobre o método a ser adotado (KDIGO, 2013; ANVISA, 2014b).

Figura 3: Panorama mundial da Doença Renal Crônica. (A) Proporção de mortalidade total atribuída a Doença Renal Crônica. (B) Prevalência da Doença Renal Crônica.



Fonte: Webster et al. (2017).

No Brasil, de acordo com o censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, no ano de 2014, o número total estimado de pacientes em tratamento dialítico no país era de 112.004, representando um aumento de 20 mil pacientes nos últimos quatro anos. A Tabela 1 mostra que existe um predomínio da HD enquanto modalidade de TRS no Brasil, enquanto que apenas 8,6% dos pacientes são submetidos a DP, além disso, 85% realizam o

tratamento pelo SUS, causando gastos expressivos para a saúde pública (SESSO *et al.*, 2016).

Tabela 1: Distribuição de pacientes conforme modalidade de terapia dialítica e fonte pagadora no Brasil, censo 2014.

Modalidade	SUS N (%)	Não SUS N (%)	Total N (%)
HD convencional	33.676 (91,3)	6.417 (85,0)	44.093 (90,3)
HD diária (> 4x/semana)	143 (0,3)	388 (5,0)	523 (1,1)
DPAC	1.284 (3,1)	197 (2,1)	1.443 (3,0)
DPA	2.137 (5,2)	728 (7,8)	2.729 (5,6)
DPI	46 (0,1)	0 (0,0)	46 (0,1)
Total	41.286 (100)	7.548 (100)	48.834 (100)

HD: Hemodiálise
DPAC: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
DPA: Diálise Peritoneal Automatizada
DPI: Diálise Peritoneal Intermitente

Fonte: Sesso et al. (2016).

A HD é um tratamento dialítico no qual o sangue flui por meio de um acesso vascular, sendo a partir daí bombeado por meio de um equipamento em direção a um dialisador. Esse fluxo sanguíneo extracorpóreo, quando exposto a solução de diálise através de uma membrana semipermeável, permite a extração de toxinas, resíduos nitrogenados e água em excesso, devolvendo em seguida o sangue ao paciente (AHMAD *et al.*, 2016; RAMALHO NETO *et al.*, 2016).

Já a DP, caracteriza-se pelo transporte de solutos e de água através dos capilares peritoneais, preenchidos com sangue rico em ureia, creatinina, potássio e outros resíduos, para a cavidade peritoneal onde encontra-se a solução de diálise, que geralmente contém sódio, cloreto e lactato ou bicarbonato e que se torna hiperosmolar pela inclusão de uma alta concentração de glicose. Essa terapia pode ser caracterizada como uma modalidade de auto tratamento, onde os pacientes são treinados e orientados

para a execução do procedimento, realizando trocas diárias de acordo com a prescrição definida, sendo as formas mais comuns a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) e a Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e suas variantes (BLAKE; DAUGIRDAS, 2016).

A atenção desses pacientes, no Brasil, se dá por uma rede constituída pelo MS, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e pelos serviços de diálise, que incluem os profissionais de saúde e até mesmo os cuidadores. A cada um desses componentes correspondem ações específicas que, somadas, vão dar a segurança e a qualidade de que o paciente necessita para manter seu tratamento e sua vida (COUTINHO; TAVARES, 2011).

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11 da ANVISA de 2014, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise, esses são considerados como serviços destinados a oferecer a TRS utilizando métodos dialíticos (ANVISA, 2014b). Para atender a essas recomendações, faz-se necessário profissionais adequadamente habilitados, de forma a garantir a qualidade dos procedimentos e terapias e também a eficácia de seus resultados.

Dessa forma, a RDC nº 154 da ANVISA, que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise, trata dos recursos humanos que deverão compor a equipe, sendo um médico nefrologista e um enfermeiro, especializado em nefrologia, como responsáveis técnicos, que responderão pelos procedimentos e intercorrências do serviço. Além da obrigatoriedade de cada serviço de diálise ter, a ele vinculado, um mínimo de dois médicos nefrologistas, dois enfermeiros, um assistente social, um psicólogo e um nutricionista, assim como auxiliares e técnicos de enfermagem, de acordo com o número de pacientes (ANVISA, 2004).

Estudos sugerem que o modelo de atendimento envolvendo equipe multidisciplinar, ao oferecer os cuidados necessários, de forma abrangente e organizada, parece ser a melhor forma de tratar a DRC, demonstrando que esses pacientes, se previamente expostos ao atendimento interdisciplinar, antes do início da diálise, apresentavam maior sobrevida, além de uma

tendência à diminuição de risco de hospitalização (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; HEMMELGARN *et al.*, 2007; GOLDSTEIN *et al.*, 2004).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o desenvolvimento de uma estratégia de Educação Permanente em Saúde em uma unidade de terapia renal substitutiva.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos profissionais multiprofissionais que prestam assistência na unidade terapia renal substitutiva;
- Descrever os processos do desenvolvimento da estratégia de educação permanente em saúde utilizada;
- Analisar as percepções dos participantes em relação as práticas experimentadas e aplicabilidade no ambiente de trabalho;
- Elaborar um material instrucional para orientação do planejamento e desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde em unidade de terapia renal substitutiva.

4 MÉTODO

4.1 ABORDAGEM DA PESQUISA E TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, visto que pretendeu a exploração do significado ou natureza da experiência das pessoas, com o objetivo de obter detalhes sobre fenômenos, trabalhando os dados como pertencentes a um determinado contexto, para a geração de hipóteses (STRAUSS, CORBIN, 2008).

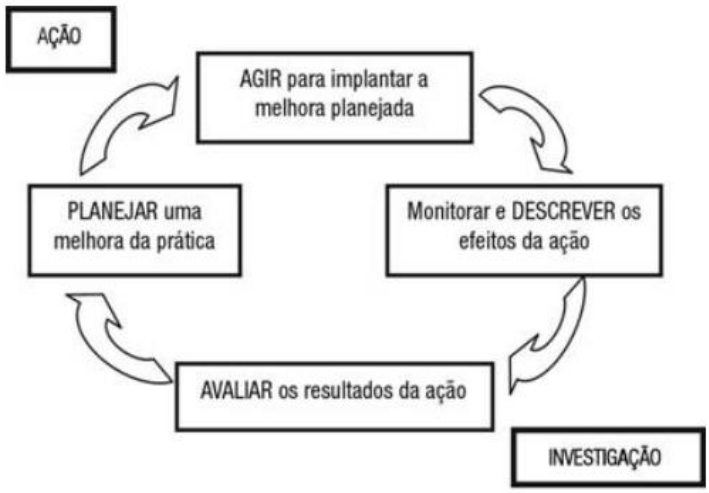
Essa abordagem se conforma melhor a investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, permitindo que o investigador levante opiniões, significados, crenças e atitudes dos participantes, tornando possível a compreensão de determinada realidade na visão do outro. Além disso, permite aos pesquisadores a captação de uma intencionalidade e um significado e que, dentro de um contexto, levam em consideração os aspectos subjetivos que podem ser transformadores da realidade avaliada (MINAYO, 2006; MINAYO, 2014).

Baseando-se na abordagem qualitativa e nos objetivos propostos, esse estudo foi fundamentado na proposta da pesquisa-ação, que de acordo com Tripp (2005) é uma forma de investigação-ação onde, por meio da utilização de técnicas de pesquisa, pretende-se obter melhorias nos cenários de práticas, por meio de uma abordagem intervencionista e problematizadora na realidade não manipulada, conforme demonstra na Figura 4. Esse autor traz ainda a capacidade desse tipo de estudo em levantar a visão dos participantes e envolvidos sobre suas práticas atuais, começando sempre com uma reflexão sobre essas a fim de se identificar aquilo que pode ser melhorado.

A pesquisa-ação, enquanto método participativo, prevê o envolvimento dos participantes na realização de uma ação coletivamente, o que inclui a interação com os pesquisadores como sujeitos inseridos no campo de contexto da pesquisa. Sendo que esse envolvimento participante/pesquisador, como responsáveis pela construção de estratégias de transformação de problemas

reais, leva-nos a uma maior chance de implementação dos achados da pesquisa (TRIPP, 2005; SILVA *et al.*,2011).

Figura 4: Representação em quatro fases do ciclo básico da investigação-ação.



Fonte: Tripp (2005).

Além disso, em uma pesquisa-ação, é fundamental que o objeto de estudo seja de comum interesse entre os pesquisadores e participantes, permitindo que ao pesquisarem a sua própria prática sejam produzidos novos conhecimentos e, ao fazê-lo, sejam apropriados conceitos de cunho crítico, com a realidade em que atuam e situação investigada (TRIPP, 2005).

Nesse estudo planejamos uma intervenção/ação por meio de uma estratégia de EPS com a intenção de promover melhorias na prática e no cotidiano laboral. Posteriormente, através da investigação, com a utilização de ferramentas de coleta de dados, monitoramos e descrevemos os efeitos da ação reconhecidos pelos participantes, permitindo uma avaliação de resultados.

A utilização dessa tipologia de pesquisa foi investigada em revisão integrativa de literatura sobre seus efeitos no desenvolvimento de liderança em enfermagem, onde os estudos demonstraram uma predominância do seu uso em instituições hospitalares e um estudo teve como cenário um núcleo de EP. Do mesmo modo, percebeu-se a pesquisa-ação como método capaz de produzir mudanças nas práticas, ainda que no sentido crítico-reflexivo sobre a situação de trabalho (ROCHA *et al.*, 2017).

Pesquisas qualitativas, quando mal elaboradas ou com relatórios incipientes, podem levar a aplicações inadequadas na tomada de decisão, cuidados em saúde, políticas de saúde e pesquisas futuras. Na intenção de permitir que os leitores da pesquisa sejam mais bem informados, sobre o desenho, a conduta, a análise e os resultados do nosso estudo, utilizamos o *check-list* do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), que consiste em uma lista de critérios para relatos explícitos e abrangentes de estudos qualitativos (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). Desse modo, nesta pesquisa, houve uma preocupação nossa, enquanto pesquisadoras, com o monitoramento de cada etapa, no intuito de evitar perdas no método aplicado que pudessem comprometer o desenvolvimento da investigação.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado na unidade de TRS do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), situado no município de Goiânia, que apresenta uma área territorial de 728,841 km² de extensão e população estimada de 1.495.705 habitantes, sendo que esse possui 434 estabelecimentos de saúde pública cadastrados no SUS (IBGE, 2018).

No último censo nacional divulgado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, o número total de unidades que apresentavam um programa ativo para tratamento dialítico crônico era de 715 estabelecimentos, sendo que as respondentes da região centro-oeste corresponderam à 9% em relação ao total de unidades. Além disso, 52% das unidades eram hospitalares e os outros 48% correspondiam a serviços localizados fora do ambiente hospitalar (SESSO *et al.*, 2016).

O HC/UFG constitui-se como um importante centro de formação na área da saúde, por meio do ensino, pesquisa e extensão, tendo contribuído para a formação de inúmeros profissionais da área de saúde, da UFG e de outras instituições de ensino. Trata-se de uma instituição federal, com atendimento exclusivo pelo SUS. Atualmente o hospital possui 238 leitos hospitalares, sendo esses destinados as diversas especialidades clínicas e cirúrgicas (CNES, 2018).

O serviço de nefrologia dessa instituição é constituído de unidades de internação, atendimento no setor de urgências e emergências e unidade de terapia intensiva, ambulatórios e serviço de TRS, sendo esse, referência no atendimento de pacientes pediátricos e adultos, complexos, tais como recém-nascidos, gestantes e falências de acesso vascular, atendendo nas modalidades de HD e DP. Além disso, foi pioneiro no centro-oeste do país, sendo realizada a sua primeira sessão de HD no dia 10 de fevereiro de 1972.

A unidade de HD se encontra em reforma, funcionando neste momento em um setor temporário, onde possui apenas sala branca (atendimento de pacientes com sorologia negativa para Hepatite B) e dispõe de oito pontos com máquinas de HD, pois a sala amarela (atendimento de pacientes com sorologia positiva para Hepatite B) encontra-se desativada. O atendimento dos pacientes ocorre nos turnos matutino e vespertino, de segunda à sábado, com capacidade para 16 pacientes/dia. Os pacientes devem realizar três sessões por semana, totalizando 96 sessões semanais. Já a unidade de DP dessa instituição, destina-se ao atendimento de pacientes crônicos adultos e pediátricos, oferecendo duas modalidades de terapia, sendo essas a DPAC e a DPA, e atualmente possui 40 pacientes em terapia domiciliar.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população do estudo se constituiu por profissionais de nível superior que compõem a equipe multiprofissional na unidade de TRS do HC/UFG. A equipe assistencial de nível superior que desempenha suas funções nesse serviço é composta por seis médicos (as) assistenciais, três médicos (as) residentes em nefrologia, quatro enfermeiras, uma psicóloga, uma nutricionista e uma assistente social, totalizando 16 profissionais.

Um total de nove profissionais aceitaram o nosso convite para participar da pesquisa, demonstrando interesse e disponibilidade, além de concordarem com a metodologia adotada na pesquisa. Vale ressaltar que a única categoria

profissional de nível superior que compõe a equipe e que não participou do estudo foi o serviço social.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critério de Inclusão

Os critérios de inclusão para o estudo foram: ser profissional da área da saúde de nível superior e ter como principal função a assistência ao paciente na unidade de TRS, independente do vínculo institucional, concordância em participar do estudo e ter participado de, pelo menos, dois dos três encontros da estratégia de EPS realizada.

Critério de Exclusão

Foram excluídos os profissionais que se encontraram afastados das atividades devido à férias e/ou licença médica no período de coleta de dados.

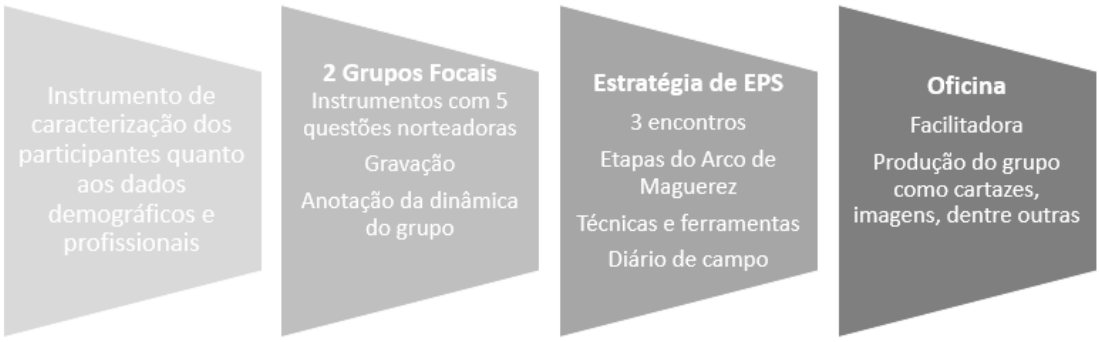
4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2017 e agosto de 2018 e foi mediada pela realização de grupos focais e oficinas. O processo foi desenvolvido em um total de seis encontros presenciais, com duração média de duas horas cada, totalizando doze horas de intervenção. Esses encontros aconteceram às terças-feiras, às 17:30, conforme disponibilidade dos participantes.

Antecedendo a realização da estratégia de EPS, o primeiro encontro se deu por meio de um grupo focal, onde apresentamos a situação-problema que apontou a necessidade do estudo, seguido de três encontros para o desenvolvimento da atividade de EPS. Posteriormente, realizamos uma última oficina para subsidiar a elaboração de uma proposta de material instrucional para a orientação do planejamento e desenvolvimento de ações de EPS, na perspectiva de continuidade do método na unidade e, como última etapa, um

segundo grupo focal para avaliação das percepções da estratégia. As ferramentas e métodos utilizados para a obtenção dos dados dessa pesquisa estão descritas na Figura 5.

Figura 5: Esquema com as ferramentas e métodos utilizados para a coleta de dados.



Fonte: Elaboração da autora (2019).

4.5.1 Grupo Focal

Trata-se de um estudo que utilizou o grupo focal como metodologia para a coleta dos dados, esse método aplicado em pesquisa qualitativa tem por objetivo a coleta de informações para responder as perguntas de investigação, podendo ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços (ESCOBAR; BONILLA-JIMENEZ, 2009).

Nesse método de coleta de dados permite-se a troca de experiências entre os participantes, oportunizando uma comunicação contínua entre o grupo, conectando-os com o tema da pesquisa. Cria-se uma discussão entre os participantes sobre os tópicos escolhidos e, posteriormente, sumariza-se o que ele aprendeu com os participantes (MORGAN, 1998a). O que justifica a escolha do método no nosso estudo, oportunizando a identificação de saberes e práticas do cotidiano desses atores e pela importância atribuída aos aspectos subjetivos. Além de permitir uma aproximação da reflexão com a ação e impulsionar novos caminhos e práticas.

O recrutamento dos participantes para o grupo focal se deu de acordo com os passos sugeridos por Morgan (1998b): após definição do segmento que continha a população alvo / amostra do estudo, a composição apropriada dos grupos foi composta de forma que permitisse a uma representação equilibrada das diversas categorias profissionais; realizamos contato pessoal no local de trabalho onde se encontram inseridos para o recrutamento e adotamos procedimentos de acompanhamento para garantir comparecimento, como ligação telefônica individual para os participantes, a fim de assegurar que cada grupo focal contasse com um mínimo de participantes, buscando representatividade de diferentes profissões.

Diversos autores trazem, além da composição do grupo focal, o tamanho como um aspecto relevante, afirmando que os grupos devem ser grandes o suficiente para permitir variações de opiniões e perspectivas e, pequeno o suficiente para permitir a cada indivíduo participação plena e escuta, como variações entre 5 a 10 participantes, recomendando-se inclusive que os sejam fragmentados em caso de número maior ou igual a 12 participantes (GONDIM, 2003; STALMEIJER; MCNAUGHTON; VAN MOOK, 2014). Além disso, para o desenvolvimento do roteiro de perguntas (Apêndices 3 e 4) seguimos as recomendações de Krueger (1998a), com questões desenvolvidas e perguntadas de forma conversasional, de forma direta, confortável e simples.

Para cada grupo focal tivemos na equipe de pesquisa a figura de um moderador e um observador, sendo que o primeiro direcionava a discussão, introduzindo as questões norteadoras e estimulando os participantes a expressarem suas opiniões, saberes e ideias e a compartilhar as suas realidades e as relações envolvidas entre eles e aquele espaço laboral, assim como, monitorava o ritmo do grupo a fim de finalizar o debate dentro do tempo previsto. O segundo, além de auxiliar o moderador em questões ligadas a logística da atividade e operar o gravador, tomou notas sobre o processo criativo e interativo (MORGAN, 1998b; RESSEL *et al.*, 2008).

Foi escolhido na instituição local apropriado para os participantes se reunirem a fim de facilitar a interação, evitando fatores que pudessem desviar a atenção ou interromper a discussão, com duração de aproximadamente duas

horas cada grupo focal, com o debate de cada questão estimado em 15 a 20 min, sendo realizado em horário compatível com a disponibilidade dos profissionais.

Ao iniciar o primeiro grupo focal, fizemos uma breve introdução, apresentando a equipe de pesquisa presente e esclarecemos os objetivos do estudo e propósito da intervenção, assim como consultamos os participantes a respeito da gravação das discussões, lembrando que o material seria utilizado para facilitar o processo de análise dos dados. Após esclarecimentos sobre a pesquisa, solicitamos o preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) e, em seguida, do instrumento de caracterização dos profissionais (Apêndice 2).

Os participantes tiveram suas falas registradas em áudio, utilizando-se gravador digital, sendo gerados arquivos de som no formato MP3, com duração e tamanho especificados no Quadro 2, sendo que posteriormente transcrevemos as gravações na íntegra para o processo de análise. Como dado, também foram utilizadas as anotações da dinâmica do grupo e expressões, obtidas pelo observador do grupo. Coletamos os dados em duas fases, sendo proposta a sua realização em dois momentos distintos, tendo como finalidade:

- Grupo focal 1: identificação de estratégias de educação já existentes no serviço e levantamento de necessidades que subsidiaram a realização da atividade de EPS;
- Grupo focal 2: avaliação da estratégia de EPS e oportunidade de aplicação ou mudanças na prática.

Quadro 2: Dados referentes à data, tempo de discussão e tamanho dos arquivos de áudio por grupo focal. Goiânia, 2019.

Grupo focal	**Data da realização**	**Tempo total de discus são**	**Tamanho do arquivo em MB**
Grupo focal 1	26/09/17	1h 11’ 27”	98,1 MB
Grupo focal 2	23/08/18	52’ 37”	72,2 MB

Consideramos para a finalização das atividades o princípio da saturação, onde o grupo foi fechado quando, após as informações coletadas com os participantes, mostraram-se suficientes, e a continuidade passou a representar repetições em seus conteúdos (KRUEGER, 1998b; STALMEIJER; MCNAUGHTON; VAN MOOK, 2014).

4.5.2 Estratégia de Educação Permanente em Saúde

A atividade de EPS foi realizada no decorrer de três meses, no total de três encontros, e utilizamos como estratégia os preceitos da MP, percorrendo as cinco etapas do Arco de Maguerez, de acordo com a compreensão de Berbel (2012), onde os participantes foram posicionados como protagonistas de todo o processo, desde a observação da realidade e definição do problema até a proposta de intervenção na unidade, com a finalidade de contribuir com a sua transformação.

A condução da estratégia foi realizada por mim, enquanto pesquisadora principal, com o apoio da orientadora e co-orientadora, participantes do Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores das Profissões da Saúde (FAIMER®) da Universidade Federal do Ceará. Além disso, contamos com o apoio de outra doutora com experiência na utilização da MP, formação básica em dinâmica de grupo e *coaching*.

Cada encontro teve a duração de aproximadamente duas horas, em horário e local compatível com a disponibilidade dos profissionais, sendo que o tema central ou problema a ser trabalhado emergiu do primeiro grupo focal segundo as necessidades apresentadas. Os dados nessa etapa foram registrados em diário de campo com as anotações da dinâmica do grupo e expressões, assim como as produções derivadas das atividades desenvolvidas durante os três encontros.

Para avaliar os resultados dessa intervenção, os participantes participaram de um grupo focal, conforme descrito anteriormente, cujo o objetivo foi monitorar o alcance da estratégia, a oportunidade de aplicação ou mudanças na prática. Esse grupo focal foi realizado exatamente oito meses após o fechamento dos encontros e etapas do Arco de Maguerez.

O Quadro 3 sistematiza as técnicas e ferramentas que utilizamos nessa etapa da pesquisa, durante o desenvolvimento da estratégia de EPS, assim como seu propósito dentro das etapas da MP.

Quadro 3: Descrição das técnicas e ferramentas utilizadas durante a estratégia de Educação Permanente em Saúde.

Etapa	Técnica	Objetivo	Atividade
Observação da realidade (problema)	Técnica de visualização móvel	Realizar o diagnóstico situacional de quais eram os desconfortos em relação a realidade do ambiente de trabalho considerados importantes pelo grupo.	Propusemos aos participantes a identificação individual da situação por meio de levantamento de desconfortos em relação a realidade do serviço (utilização de 3 tarjetas por profissional). Em seguida analisamos conjuntamente com o grupo as pertinências e realizamos um agrupamento de ideias afins. A partir dos agrupamentos, elegemos o problema mais recorrente, com pactuação do grupo em relação ao problema percebido no movimento de observação da realidade.
Definição de pontos-chave	*Brainstorming*	Identificar e questionar os possíveis fatores que afetam o contexto no qual o problema ocorre.	Suscitamos questionamentos que contribuíram para a reflexão do tema em questão, para o levantamento das prováveis explicações para a ocorrência do problema, segundo suas perspectivas, sendo registrados em *flipchart* pelas facilitadoras. Elegemos, com critérios, aqueles aspectos que seriam estudados na etapa seguinte como as causas e consequências desse problema, assim como outras experiências e redigidos os pontos-chave.

Teorização	Painel integrado	Permitir a construção de respostas embasadas na literatura, sendo que as informações coletadas devem estabelecer relação com os pontos-chave identificados anteriormente em função do problema.	Dividimos os participantes em três subgrupos e que se reuniram para trabalhar determinados conteúdos encontrados nas pesquisas relacionadas aos pontos-chave pelo qual se responsabilizaram. Após o tempo de discussão os subgrupos foram reformulados, de tal forma que cada novo subgrupo foi composto por integrantes de cada subgrupo anterior, levado as conclusões e ideias do grupo anterior.
Teorização	Exposição oral-dialogada	Instrumentalizar os participantes sobre questões relevantes a compreensão do problema não contempladas durante a dispersão e pesquisas realizadas pelo grupo.	Realizamos uma preleção sobre a diferença conceitual entre protocolos, procedimentos operacionais padrão e fluxogramas, assim como exemplos de fluxos de trabalhos desenvolvidos pelo núcleo interno de regulação da instituição, afim de subsidiar aquisição de novos conhecimentos para transformação da parcela da realidade eleita para o estudo.
Hipóteses de solução	*Brainstorming*	Eleger as ações que poderão ser colocadas em prática em busca da solução do problema.	Suscitamos a projeção de diversas hipóteses pelos participantes que poderiam vir a se transformar em ações concretas para solucionar ou caminhar em direção a solução do problema trabalhado, sendo registrados em *flipchart* pelas facilitadoras.
Aplicação à realidade	Ferramenta 5W3H	Realizar uma pactuação junto ao grupo no sentido de promover a aplicação e mudanças na realidade do serviço.	Após eleição das ações que poderiam ser colocadas em prática, as hipóteses de solução mais viáveis e eleitas foram desenvolvidas por meio de um compromisso de ação claro com definição do que deve ser feito e porque, quem o fará, quando e onde, além de como, custo previsto e estabelecimento de indicadores para as ações, por meio do preenchimento da ferramenta 5W3H, facilitando a comunicação em torno das ações planejadas.

4.5.3 Oficina

A oficina foi realizada no dia 07 de maio de 2018 (sete meses após o início dos encontros e coleta de dados), na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás e organizada pela pesquisadora e orientadoras. Teve como objetivo avançar no desenvolvimento da EPS na unidade de TRS da instituição a luz das repercussões de políticas, planos e programas que respaldam iniciativas públicas e interesses sociais de mudanças. Além de, subsidiar a construção do produto técnico apresentado nessa dissertação.

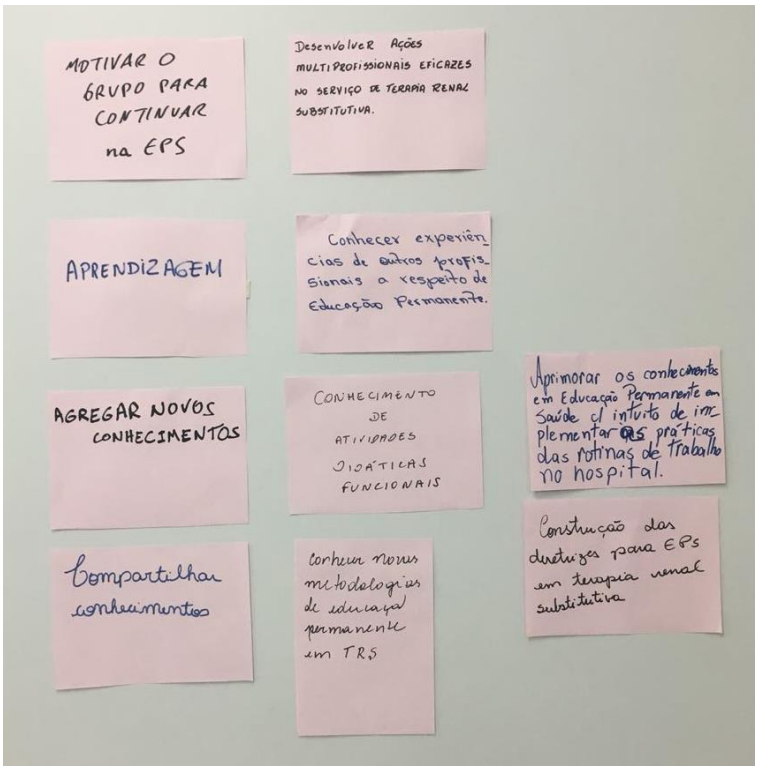
O evento contou com a presença da Professora Eliana Goldfarb Cyrino, da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de São Paulo, Botucatu-SP, como facilitadora e teve duração de quatro horas e o registro dos dados nessa etapa se deu pela produção do grupo como cartazes, imagens, desenhos, entre outros, os quais foram arquivados em forma de imagem.

As oficinas são capazes de gerar tanto material para análises quanto criar um espaço de trocas que potencializam a discussão em grupo em relação à temática proposta, possibilitando aos seus participantes o contato com a multiplicidade de versões e sentidos do tema, e consequentemente a construção de conhecimento (SPINK; MENEGON; MEDRADO, 2014).

Essa oficina contou com a presença de 12 pessoas, dentre eles alguns dos profissionais participantes da pesquisa, representante da gestão do serviço, pedagoga membro do Núcleo de EP do HC/UFG, que será responsável pela coordenação das atividades de EPS na instituição, assim como docentes dos cursos de graduação da saúde.

A princípio levantamos juntamente ao grupo de participantes as suas expectativas (Figura 6) em relação à oficina, momento que oportunamente foi utilizado para que fossem feitas as apresentações pessoais. Em seguida, realizamos uma breve apresentação sobre as etapas da estratégia de EPS já desenvolvidas juntamente com os participantes da pesquisa.

Figura 6: Expectativas dos participantes do estudo em relação à oficina de Educação Permanente em Saúde.



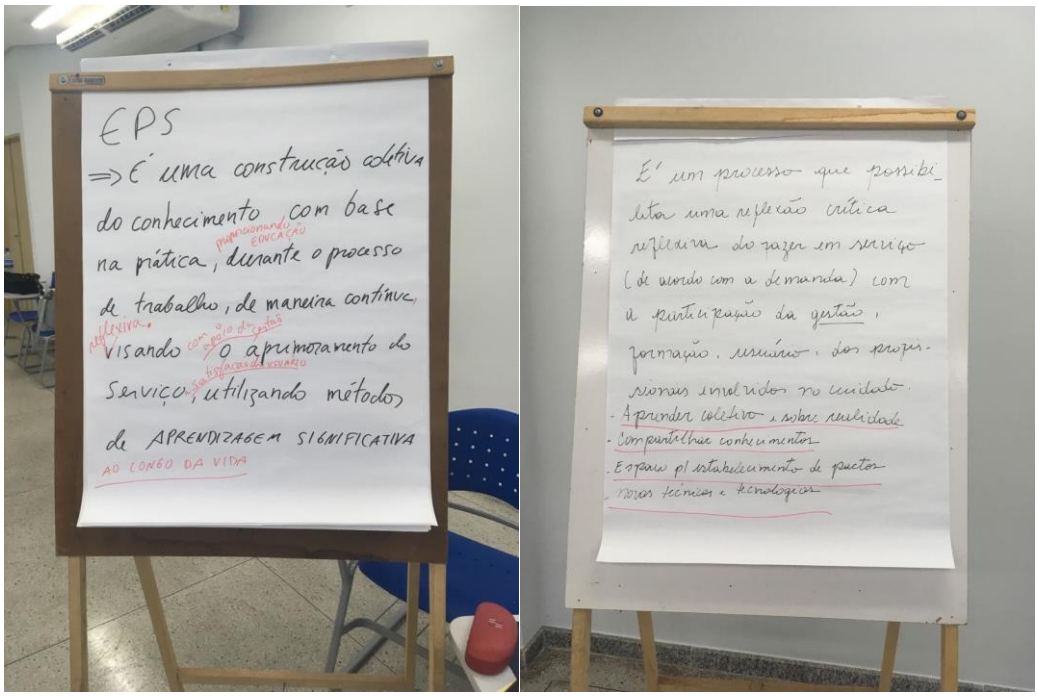
Posteriormente solicitamos aos participantes que escrevessem em uma tarjeta o conceito de EPS individualmente. Essas definições foram partilhadas entre dois grupos, que fizeram então a formulação de um conceito coletivo para compartilhamento, resultando nos seguintes conceitos:

- Processo que possibilita uma reflexão crítico-reflexiva do fazer em serviço (de acordo com a demanda) com a participação da gestão, formação, usuário e dos profissionais envolvidos no cuidado;
- Construção coletiva do conhecimento com base na prática, durante o processo de trabalho, de maneira contínua, visando o aprimoramento do serviço, utilizando métodos de aprendizagem significativa.

Exibimos um vídeo que trazia em seu conteúdo narrativas sobre o conceito e experiências de diversos atores com a EPS, sendo os grupos então convidados a revisar os seus conceitos, realizando posteriormente um compartilhamento coletivo. Com as considerações das narrativas apareceram novos elementos que contribuíram para a conceituação da EPS envolvendo o aprender coletivo sobre a realidade, espaço para estabelecimento de pactos e

formação reflexiva, apoio da gestão e aprimoramento do serviço em prol dos usuários (Figuras 7 e 8).

Figura 7 e 8: Conceitos de Educação Permanente em Saúde revisados pelos participantes do estudo durante a oficina de Educação Permanente em Saúde.



Dando seguimento as atividades, propusemos uma nova atividade como a seguinte comanda: Como avançar na Educação Permanente em Saúde na Unidade de Terapia Renal Substitutiva? Propor um caminho de realização do plano, sendo posteriormente realizado um compartilhamento para todos os presentes.

Seguimos então, com uma apresentação feita pela facilitadora, envolvendo o diagnóstico dos caminhos percorridos pela EPS, em relação à política, avanços na percepção do potencial da rede de serviços no processo de formação, percepção dos gestores e de trabalhadores da necessidade de processos formativos para qualificar o cuidado, atuação de atores como protagonistas da construção do SUS e algumas experiências exitosas e com grande impacto.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Com a leitura dos registros e da transcrição das gravações dos grupos focais, a pesquisadora buscou a compreensão global e identificação de núcleos de sentido e fundamentou o processo de análise dos dados desse estudo na análise de conteúdo, onde a presença ou ausência de um determinado conteúdo ou de um conjunto de características num determinado segmento é levado em consideração. O texto é o meio de expressão dos participantes na análise de conteúdo, onde o pesquisador no momento da análise busca categorizar os segmentos que se repetem, inferindo uma expressão que os representem (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

A utilização da análise de conteúdo em três fases, proposta por Bardin (2016), conforme representada na Figura 9, foi adotada:

1) Pré-análise: organização do material, definindo um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis. Envolve um primeiro contato com os dados e a especificação do campo onde o pesquisador deve centrar a sua atenção, sistematizando as ideias iniciais, nesta fase foi feita a transcrição dos grupos focais, permitindo a formulação de hipóteses e objetivos;
2) Exploração do Material: aprofundamento no material, sendo orientado pelo referencial teórico, surgindo desta análise as referências, buscando sínteses coincidentes e divergentes de ideias, adotando nessa fase procedimentos de codificação, classificação e categorização;
3) Tratamento dos resultados: os pesquisadores apoiados nos resultados procuraram torna-los significativos e válidos, estabelecendo relações com a realidade aprofundando conexões de ideias em busca de padrões, tendências ou relações implícitas.

Figura 9: Esquema de análise de dados, conforme análise de conteúdo.

Fonte: Adaptado de Bardin (2016).

A transcrição dos dois grupos focais foi realizada pela própria pesquisadora, o que aumentou o período de conclusão desta etapa, porém possibilitou maior proximidade com os dados coletados. Durante a transcrição dos dados foram identificadas pausas, silêncios, risos, dispersões, pessoas falando ao mesmo tempo e sobreposições de falas de participantes.

As categorias e subcategorias, foram definidas com base nos objetivos e nos roteiros (Apêndice 3 e 4) utilizados para a condução dos grupos focais, bem como emergiram das falas e registros em diário de campo apresentados. Na apresentação dos dados, para fins de garantir a preservação da identidade dos participantes, os sujeitos da pesquisa foram identificados pela letra "P", seguida de números (1 a 9).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi desenvolvida seguindo os pressupostos éticos da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), e só teve início após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás sob parecer nº 2.596.347 (Anexo 1).

Todos os profissionais convidados a participar desta pesquisa receberam esclarecimentos sobre o estudo de forma explicita com oportunidade de elucidar dúvidas, assim como liberdade de recusa em participar do estudo ou de retirar o seu consentimento a qualquer fase da pesquisa, a coleta de dados somente se iniciou diante da aceitação em participar e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

Em relação aos procedimentos de pesquisa, foram respeitadas as dinâmicas de trabalho e horários disponíveis dos participantes. Além disso, estabelecemos juntamente com os participantes um contrato de convivência que possibilitou o uma relação de confiança com base na identificação de necessidades comuns e aproximação com a metodologia a ser trabalhada, sendo esses integrados como atores ativos no desenvolvimento dessa pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo 01

Reconstruindo práticas em unidade de terapia renal substitutiva por meio da Metodologia da Problematização

Autores - LIMA, A. P. F.; MENEZES, I. H. C. F.; PEREIRA, E. R. S.

Revista - Trabalho, Saúde e Educação

5.2 Artigo 02

Refletindo a educação permanente em saúde: potencialidades e limitações na terapia renal substitutiva

Autores - LIMA, A. P. F.; PEREIRA, E. R. S.; MENEZES, I. H. C. F.

Revista - Interface: Comunicação, Saúde, Educação

RECONSTRUINDO PRÁTICAS EM UNIDADE DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA POR MEIO DA METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO*

REBUILDING PRACTICES IN RENAL REPLACEMENT TERAPY UNIT THROUGH THE PROBLEMATIZATION METHODOLOGY*

Ana Paula Freitas Lima[1]
Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes[2]
Edna Regina Silva Pereira[3]

Resumo O objetivo deste estudo foi descrever e analisar o desenvolvimento de uma estratégia de educação permanente em saúde (EPS) na unidade de terapia renal substitutiva (TRS) utilizando a metodologia da problematização (MP). Pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa-ação, embasada na MP, como proposta no Arco de Maguerez. No desenvolvimento das atividades, os participantes definiram como problema a insuficiência de padronização de atendimento multiprofissional ao paciente em TRS. Os pontos-chave a serem investigados, tais como experiências de outras instituições, organização da linha de cuidados à luz da legislação e competências específicas próprias dos profissionais componentes da equipe, efetuaram-se na etapa de teorização. Posteriormente foram formuladas hipóteses de solução como estabelecimentos de protocolos, construção de termo de consentimento livre e esclarecido e realização de reuniões multiprofissionais para discussão de casos e definição de plano de cuidado coletivo. As propostas de solução mais viáveis foram selecionadas para serem aplicadas na prática e ajudar na superação do problema. Os participantes puderam vivenciar a MP, refletir sobre suas práticas, praticar a tomada de decisão compartilhada na unidade com base na viabilidade das propostas, permitindo avanços, repensando e reconstruindo a realidade para melhoria dos serviços oferecidos por meio da EPS.
Palavras-chave educação permanente; formação de recursos humanos; metodologia da problematização; terapia de substituição renal.

Abstract The aim of this study was to describe and analyze the developing of a health permanent education strategy in renal replacement therapy unit using the problematization methodology. Qualitative research, of the research-action type, based on the problematization methodology, as proposed in Maguerez's Arc. In the development of activities, participants defined as a problem the insufficient standardization of multidisciplinary care to patients on renal replacement therapy. The key points to be investigated, such as the experiences of other institutions, organization of care line in light of the legislation and own specific skills of team members professionals, promoted the theory stage. Later were formulated possible solutions as protocols establishments, construction of a free informed consent term and implementation of multidisciplinary meetings to discuss cases and definition of collective care plan. The most viable solution proposals were selected to be applied in practice and help in overcoming the problem. Participants were able to experience the problematization methodology, reflect on their practices, practice the shared collective decision making in the unit based on the feasibility of the proposals, allowing advances in rethinking and rebuilding the reality to improve the services offered through health permanent education.
Keywords permanent education; training in human resources; problematization methodology; renal replacement therapy.
Palabras clave educación permanente; formación de recursos humanos; metodología de la problematización; terapia de reemplazo renal.

Introdução

No século XXI, a Doença Renal Crônica (DRC) tem se apresentado como um problema mundial de saúde pública, pelos aumentos significativos de suas taxas de incidência, prevalência e morbimortalidade. A grande maioria dos pacientes que alcançam estágio avançado da doença renal estão em tratamento dialítico, com uma prevalência de 280 casos por milhão de pessoas, em comparação com 65 casos por milhão de pessoas que vivem com um rim transplantado (WEBSTER et al., 2017). No Brasil, de acordo com o censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, no ano de 2014, o número total estimado de pacientes em tratamento dialítico no país era de 112.004, representando um aumento de 20 mil pacientes nos últimos quatro anos (SESSO et al., 2016).

A Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, estabelece que os serviços de saúde integrantes da linha de cuidado à pessoa com DRC deverão observar a garantia de Educação Permanente em Saúde (EPS) de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente (ANVISA, 2014).

A Política Nacional de Educação Permanente de Saúde (PNEPS), proposta pelo Ministério da Saúde, a define como:

> A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores em saúde tomem como referências as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização de trabalho (BRASIL, 2004, p.38).

Essa política possibilitou a construção e institucionalização de espaços, onde é possível se analisar a prática cotidiana no setor saúde, no sentido de transformá-la,

qualificando-a. Portanto, considerando a importância da TRS no contexto da saúde pública, vemos como necessário que esses serviços de saúde conheçam as práticas de sua equipe e implementem estratégias de EPS com a finalidade de aproximar da sua realidade e contribuir para a qualidade da assistência (BRASIL, 2004; GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Estudo realizado em três instituições hospitalares públicas evidenciou um perfil de ações educativas distante da concepção de integralidade, demonstrando fragilidade da abordagem nos processos educativos dos profissionais responsáveis pela assistência aos usuários (TRONCHIN et al., 2009). Observamos que são poucas as experiências nos serviços de saúde no Brasil que contemplaram todos os princípios preconizados pela PNEPS, e que apresentaram a EPS como uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho e na aplicação de metodologias problematizadoras (STROSCHEIN; ZOCCHE, 2012).

As tendências pedagógicas que direcionam o processo de ensino-aprendizagem, partindo do pressuposto que a interação entre o sujeito e o processo de aprendizagem esta intermediado por estruturas cognitivas e concepções em relação a inserção social dos indivíduos e as suas formas de aprender, devem ser tomadas como um elemento fundamental desse processo (CONTERNO; LOPES, 2016). Desse modo, a EPS vem pautada na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire, que chama a atenção para o processo de ensinar e aprender, propondo reflexão sobre as formas de abordagem, a partir do conhecimento prévio dos educandos, com o objetivo que esses reconheçam sua tarefa no processo de aprendizagem, como capazes de provocar transformações, em relação a práxis com a realidade (CECCIM, 2005).

Para tanto, a metodologia da problematização (MP) emerge dentro de uma visão de educação libertadora, como prática social e não individual e individualizante (BERBEL, 1995). Essa, caracteriza-se como uma metodologia de ensino, estudo e

trabalho, a qual pode ser utilizada para promover a mobilização do potencial dos educandos, por meio de um processo que envolve ação-reflexão sobre um aspecto da realidade observada, em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade (BERBEL, 1998; BERBEL, 2012).

O Arco de Maguerez, base para a aplicação da MP foi elaborado na década de 1970, porém apenas no final dos anos de 1980, com inspirações em Paulo Freire, foi publicado por Bordenave e Pereira (1982) que apresentaram a proposta como um caminho de educação. No século XX, com a forte demanda por práticas educativas com o protagonismo dos educandos na construção do conhecimento, o potencial pedagógico dessa metodologia passou a ser considerado de maior relevância (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Assim sendo, a MP se diferencia de outras metodologias por ter como ponto de partida e chegada a realidade a ser problematizada e extrapolar a sua caracterização apenas como método, pelo exercício intelectual e o social a ela atribuído. Esse aspecto permite enxergar e transformar a realidade com maior criticidade, além de alcançar uma prática mais contextualizada, tão necessária a área da saúde. No entanto, para efetividade do processo de ensino-aprendizagem, entendemos como fundamental o cumprimento de todas as etapas do Arco de modo integrado, configurando um ciclo pedagógico e didático com oportunidade de aprendizado a partir da realidade vivida (COLOMBO; BERBEL, 2007; BERBEL; GAMBOA, 2012).

Os profissionais de saúde envolvidos no serviço de TRS precisam ser críticos e reflexivos, estarem preparados para atuar de forma integral e interdisciplinar na atenção ao portador de DRC. Entendendo toda a complexidade do cotidiano da prática nesse tipo de unidade e da instituição onde esse estudo foi desenvolvido, apresentamos a seguinte pergunta de pesquisa: O desenvolvimento de estratégias de EPS com o uso da MP permite

o aprimoramento e mudanças na prática dos profissionais de TRS? Nesse sentindo, o objetivo desse estudo foi descrever e analisar o desenvolvimento de uma estratégia de EPS na unidade de TRS utilizando a MP.

Procedimentos Metodológicos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa-ação onde pretendemos obter melhorias nos cenários de práticas, por meio de uma abordagem intervencionista e problematizadora na realidade não manipulada (TRIPP, 2005). Além disso, esse método participativo prevê o envolvimento dos participantes na realização de ações coletivas, o que inclui a interação com os pesquisadores como sujeitos inseridos no campo de contexto da pesquisa (SILVA et al.,2011). Seguimos o *check-list* do *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)* que identifica critérios como forma de exploração de estudos qualitativos (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

A pesquisa foi desenvolvida durante o ano de 2017 em um hospital de ensino público federal, que oferece o serviço de TRS nas modalidades de hemodiálise e dialise peritoneal. A população do estudo se constituiu da equipe assistencial de nível superior que desempenha suas funções nesse serviço, totalizando 16 profissionais, que foram recrutados pessoalmente para a participação. Destes, nove aceitaram participar da pesquisa, demonstrando interesse e disponibilidade, além de concordarem com a metodologia adotada, sendo excluídos aqueles que se encontraram afastados das atividades devido a férias e/ou licença médica no período de coleta de dados. Vale ressaltar que a única categoria profissional de nível superior que compõe a equipe e que não participou do estudo foi o serviço social, por não ter respondido ao nosso recrutamento para participação.

A condução do estudo foi mediada pela nossa equipe de pesquisa, composta por: pesquisadora principal, mestranda em ensino na saúde e profissional do serviço, com apoio das demais pesquisadoras como facilitadoras, sendo todas doutoras, participantes do Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores das Profissões da Saúde (FAIMER®) da Universidade Federal do Ceará e uma com formação básica em dinâmica de grupo e em *coaching*.

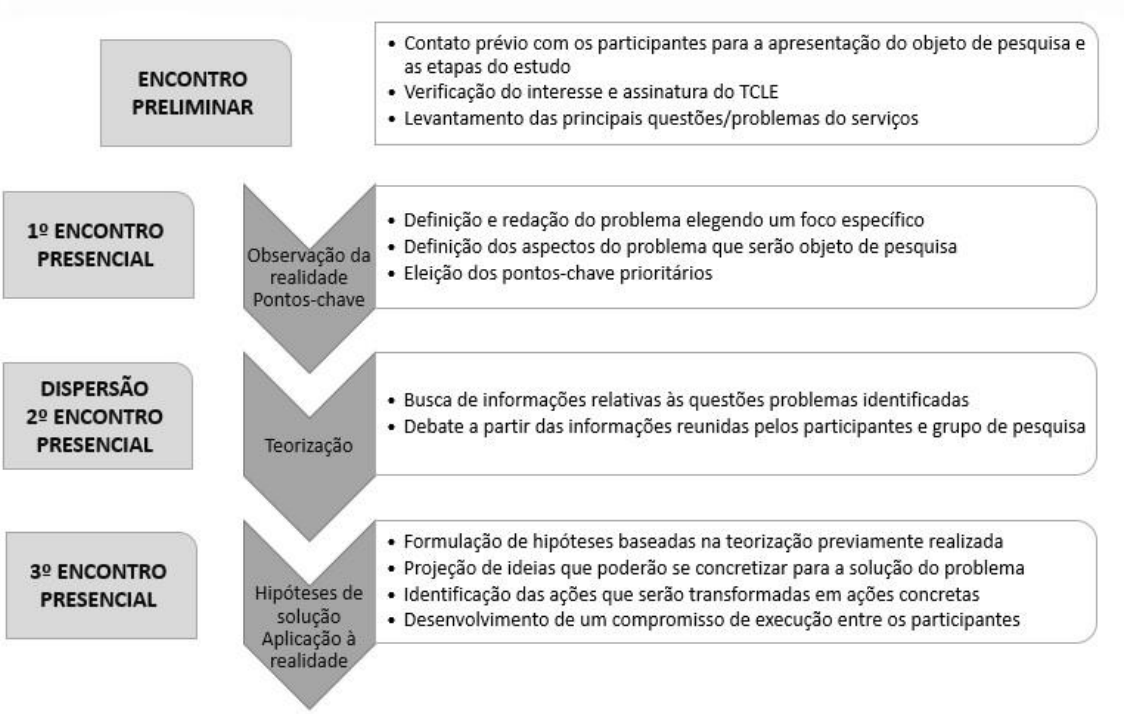
O método da pesquisa e os dados foram obtidos por meio de observação participante, a partir de encontros embasados na MP, percorrendo as etapas do Arco de Maguerez (observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade). A MP permite a coleta, registro, organização, sistematização e tratamento de dados, quando percorre suas etapas passando por um processo de reflexão sobre problemas detectados e retorna para a parcela da realidade com uma pratica mais consciente e transformadora (BERBEL; GAMBOA, 2012).

Estruturamos a coleta de dados da pesquisa segundo o esquema apresentado na Figura 1. Realizamos quatro encontros sendo um preliminar para contato prévio com os participantes e os demais para a problematização em si. Os encontros foram realizados em uma sala na instituição que favorecia a participação e interação, evitando fatores que poderiam desviar a atenção ou interromper a discussão. A duração média de cada encontro foi de duas horas, realizado em horário compatível com a disponibilidade dos profissionais.

Estavam presentes nos encontros os participantes da pesquisa, nós enquanto pesquisadoras e contamos com a presença da pedagoga da instituição que compõe o núcleo de EPS. Os dados foram registrados em diário de campo com as anotações da dinâmica do grupo e expressões verbais e corporais, assim como as produções derivadas das atividades desenvolvidas durante os encontros. Nessas atividades utilizamos recursos

como targetas e *flipchart* com intuito de estimular a participação do grupo, assim como diversas técnicas e ferramentas.

Figura 1: Representação esquemática da coleta de dados.



Fonte: elaborado pelas autoras, 2019.

No encontro preliminar os participantes, pela observação da realidade do serviço no qual estão inseridos, foram instigados a debater as principais situações ou problemas vivenciados com foco no processo de trabalho e necessidade de EPS, seguida de uma seleção de qual seria a situação-problema principal que atenderia a equipe. No 1º encontro, já com o recorte da realidade a ser observado, para o desencadeamento das demais etapas do Arco, discutimos as informações observadas na realidade, permitindo que o problema fosse redigido elegendo um foco específico, assim como as justificativas para a escolha do problema e possíveis contribuições para o meio. Na sequência, levantamos as questões que no entendimento do grupo poderiam ser consideradas como possíveis razões e dimensões para a existência e manutenção do problema, sendo eleitos os aspectos a serem estudados e investigados por meio da redação dos pontos-chave.

No passo seguinte, que consistia em uma etapa de investigação, os participantes tiveram três semanas para buscar, individualmente ou em grupo, informações acerca do problema de fontes variadas e, posteriormente, no 2º encontro, possibilitamos o compartilhamento dessas informações e o estabelecimento de relações entre essas, concluindo a etapa de teorização.

No 3º encontro presencial, retomamos todo o caminho percorrido pelo grupo até o momento, com o intuito de possibilitar a projeção de ideias que poderiam se concretizar para a solução do problema, levantando as hipóteses de solução, compromissos e encaminhamentos. Executamos uma seleção daquelas alternativas de solução apresentadas em relação a aplicabilidade, para a eleição daquelas que poderiam ser transformadas em ações concretas e aplicadas à realidade do serviço.

Os dados foram analisados de acordo com a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), observando as etapas de pré-analise dos dados, exploração e tratamento dos resultados, sendo as categorias emergentes pré-definidas de acordo o esquema de progressão pedagógica do Arco de Charles Maguerez, além de núcleos de sentido apresentados no material produzido.

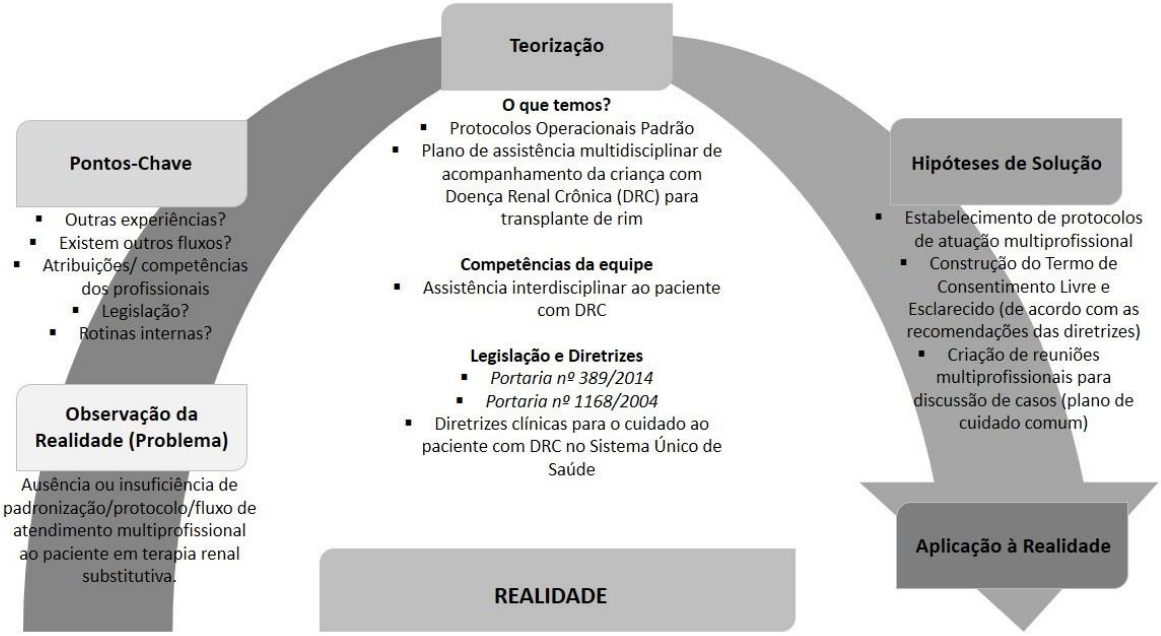
A pesquisa foi desenvolvida seguindo os pressupostos éticos da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), e só teve início após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob parecer nº 2.596.347 no dia 29 de agosto de 2017 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

A partir da identificação de um problema a ser trabalhado pelos participantes, por meio da análise situacional do serviço, diversas ferramentas educacionais e de gestão

foram apresentadas nos encontros, no sentido de apoiar a construção de um plano de intervenção aplicável à realidade. Esse plano foi baseado nas hipóteses de solução, definidas a partir de um aprofundamento teórico-reflexivo na etapa de teorização sobre as causas e consequências do problema identificado. A escolha da MP tem como diferencial a possibilidade de retorno para a realidade, porém tal desafio, pressupõe domínio teórico-metodológico da concepção de educação problematizadora pelos envolvidos. A Figura 2 demonstra os caminhos percorridos durante a aplicação do Arco de Maguerez na estratégia de EPS.

Figura 2: Execução do Arco de Maguerez em estratégia de Educação Permanente em Saúde em uma unidade pública de terapia renal substitutiva.



Fonte: elaborado pelas autoras, 2019.

Os participantes da pesquisa compuseram um grupo com idade de 26 a 46 anos, com tempo de formação entre 3 a 20 anos, sendo a maioria mulheres com nível de formação profissional que variou entre especialistas e doutores, composto por três médicos (as) assistenciais, uma médica residente em nefrologia, três enfermeiras, uma psicóloga e uma nutricionista.

Observação da realidade: ausência de fluxo de atendimento multiprofissional

Considerando o contexto atual da realidade na qual se pretendeu intervir (serviço de TRS de um hospital público federal de ensino), convidamos os participantes a trabalhar com alguns movimentos para a identificação de problemas. No primeiro momento fizemos um levantamento por intermédio da técnica *brainstorming* de quais eram os desconfortos em relação a realidade do ambiente de trabalho considerados importantes pelo grupo, sendo essas ideias organizadas no *flipchart*. Seguindo de um segundo movimento de identificação individual da situação, onde cada participante elegeu dois problemas ou necessidades em relação ao contexto do mundo do trabalho para o qual gostaria de direcionar a estratégia de EPS, ou seja, a realidade sobre a qual gostaria de intervir. Cada demanda foi expressa em uma tarjeta, sendo duas tarjetas por participante, e fixadas em mural permitindo a visualização de todos os presentes, seguida de um movimento de identificação de conjunto de problemas ou necessidades (técnica de visualização móvel), por meio de esclarecimento das opiniões individuais de forma a permitir um agrupamento de ideias afins percebidas pelo grupo, permitindo a escolha de qual seria o primeiro problema a ser abordado pelo grupo de trabalho.

Colombo e Berbel (2007) afirmam que já nessa primeira etapa, permite-se aos participantes o desenvolvimento de uma postura crítica em relação à realidade, por intermédio de saberes previamente existentes, denominado saber existencial, a eleição de um recorte da realidade e percepção da necessidade de um conhecimento mais especializado que, por sua vez, desencadeará as etapas subsequentes.

No chamado primeiro encontro presencial com o nosso apoio enquanto facilitadoras, os participantes redigiram e elegeram o melhor enunciado para o problema, a partir do movimento de observação da realidade na MP. O grupo entendeu que a ausência ou insuficiência de fluxo de atendimento multiprofissional ao paciente em TRS

gera impacto diretamente na assistência desses usuários, visto que a dinâmica do trabalho nesses serviços possui caráter fundamental para a possibilidade de melhora clínica desses pacientes. Segundo Hamilton e Sessoms (2011), conhecer o fluxo de trabalho em serviços de diálise é um importante método para identificar causas potenciais e desenvolver soluções adequadas para problemas existentes.

Assim, entendemos que a constatação pelos participantes que a atuação da equipe multiprofissional contribui para a manutenção da vida dos pacientes em TRS é uma importante característica do processo de trabalho, que pode repercutir positivamente na identidade profissional dos trabalhadores inseridos nesse contexto laboral, para além da fragilidade de rotinas marcadas pela pressão do tempo em relação a disponibilidade de recursos humanos no serviço e a repetição de tarefas.

Além disso, o problema levantado pelos participantes vai ao encontro das recomendações da literatura em relação ao manejo dos pacientes portadores de DRC e a participação em programas de assistência multiprofissional, que incluem a orientação do paciente e de sua família sobre as modalidades dialíticas, como a hemodiálise e diálise peritoneal, ou transplante renal (SINGH; KARI, 2016). Estudos sugerem que o modelo de atendimento envolvendo equipe multidisciplinar ao oferecer os cuidados necessários, de forma abrangente e organizada, parece ser a melhor forma de tratar a DRC, demonstrando que esses pacientes, quando previamente expostos ao atendimento interdisciplinar, antes do início da diálise, apresentavam maior sobrevida, além de uma tendência à diminuição de risco de hospitalização (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; HEMMELGARN et al., 2007; GOLDSTEIN et al., 2004).

Nesse sentido, a EPS tem como base emergir o conhecimento a partir da realidade do serviço, Mehry (2015) utiliza o termo “agir no trabalho vivo em ato” para denominar práticas de saúde com intervenções que permitem ao profissional na produção do cuidado

ser o centro do processo, com ações que possam efetivamente mudar o modo de fabricar saúde, sendo a realidade o local de formação.

Identificação de pontos-chave: outras experiências, fluxos e atribuições

Nessa experiência, para a definição dos pontos-chave, suscitamos questionamentos tais como: Quais são os protocolos de atendimento ao portador de DRC em TRS em outros países ou hospitais universitários? O que a nossa legislação traz sobre a equipe e organização da linha do cuidado a pessoas com DRC? Quais as competências especificas próprias dos profissionais de saúde que prestam assistência na TRS? Dentre outros, que contribuíram para a reflexão do tema em questão. Outros estudos relatam a experiência dos tutores ou facilitadores no exercício do seu papel na condução desse processo, a fim de conduzir as discussões e gerenciar o conhecimento que emerge do aprendizado, porém sem tomar o processo de ensino para si (PRADO et al., 2012; MELO et al., 2016).

Analisando o problema projetado pelos profissionais desse serviço, essa fase permitiu aprofundar a sua percepção e formular um conjunto de prováveis explicações para a sua ocorrência, mediante a identificação dos pontos-chave e as variáveis determinantes da situação, enumerando os aspectos que necessitavam de melhor compreensão para buscar uma resposta ao problema. Na segunda etapa do esquema de progressão pedagógica estruturado pelo Arco de Maguerez, espera-se dos participantes o envolvimento e a iniciativa, além de autonomia, pois nessa etapa permite-se a identificação e questionamento dos possíveis fatores que afetam o contexto no qual o problema ocorre (VIEIRA; PANÚNCIO-PINTO, 2015).

Nessa etapa de identificação de pontos-chave, exploramos com o grupo de participantes a situação real vivida por eles, com o intuito de perceber suas formas de

inserção dentro da equipe e suas respectivas funções. Os participantes perceberam a importância de competências específicas próprias de cada profissional na qualidade do cuidado prestado ao portador de DRC em TRS, porém reconhecem como fundamentais práticas colaborativas para a tomada de decisões relativas à melhoria da assistência prestada.

Esses profissionais apontaram limitações relacionadas ao desconhecimento de experiências de construção de fluxos de trabalho multiprofissional em outros serviços de TRS e a necessidade de estabelecimentos e revisão de rotinas internas, de acordo com as legislações existentes. Sendo assim, após os relatos e discussões os pontos-chave a serem pesquisados pelos participantes foram sintetizados como: outras experiências, existência de outros fluxos, atribuições / competências dos profissionais, legislação e rotinas internas.

Teorização: linha do cuidado e assistência ao portador de DRC

Na terceira etapa, que consiste na teorização, os participantes dispuseram de um tempo de três semanas que atribuímos o nome de dispersão, com a finalidade de instrumentalização teórica para as etapas subsequentes. Nesse período ocorreu a busca de conhecimento e informações em variadas fontes como informação de especialistas, pesquisas de legislações e diretrizes existentes, experiências de protocolos e relatos de outras instituições. Essa etapa visa permitir a construção de respostas embasadas na literatura, sendo que as informações coletadas devem estabelecer relação com os pontos-chave identificados anteriormente em função do problema, com o objetivo de transformar a realidade eleita para o estudo (COLOMBO; BERBEL, 2007).

No segundo encontro presencial dividimos os participantes em três grupos de acordo com as informações coletadas, denominados: o que temos (protocolos e planos de

assistência multidisciplinar já existentes do serviço), competência da equipe (assistência interdisciplinar ao paciente com DRC) e legislações e diretrizes (portarias que definem os critérios para a organização da linha do cuidado ao paciente portador de DRC e as diretrizes clínicas para os cuidados desses pacientes no Sistema Único de Saúde). Nesse momento, os participantes tiveram a oportunidade de partilhar o estudo realizado e discutir as principais informações que poderiam contribuir para a compreensão do problema e projeção de hipóteses de solução, sendo registrada pelos participantes a teorização desenvolvida.

Contribuímos realizando uma preleção sobre a diferenciação conceitual de protocolos, procedimentos operacionais padrão e fluxogramas, assim como trazendo exemplos de fluxos de trabalhos desenvolvidos pelo núcleo interno de regulação da instituição, afim de subsidiar aquisição de novos conhecimentos para transformação da realidade vigente. Outras experiências da utilização da MP relatam o papel dos facilitadores nessa etapa de teorização na instrumentalização dos participantes, tanto na seleção de materiais a serem trabalhados quanto na apresentação de questões relevantes, sendo essas necessárias para a aquisição de novos conhecimentos não contemplados durante a dispersão e pesquisas realizadas pelo grupo (DE PAULA et al., 2013; FUJITA et al., 2016).

O grupo avançou percebendo que alguns documentos existentes no serviço, apesar de estarem denominados como, não se enquadram como protocolos que permitem o enfrentamento de problemas assistenciais e de gestão na unidade. O aparecimento recorrente dos protocolos como base para a transformação da realidade nos relatos dos participantes demonstra a preocupação em melhorar as condições de trabalho e promover um ambiente mais seguro para a assistência aos portadores de DRC em TRS. Porém, é importante salientar que os protocolos, enquanto estratégias fundamentais, tanto no

planejamento e implementação de ações, quanto na padronização do processo de trabalho, apresentam limitações com risco de produção de processos que não permitam um posicionamento crítico-reflexivo dos profissionais (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Os participantes mencionaram ainda dificuldades iniciais no desenvolvimento de processos de trabalho de forma multiprofissional, com ausência de clareza do fluxo a ser percorrido e necessidade de definição desse. Nessa etapa de teorização os protocolos foram então, reconhecidos como ferramentas que permitem a orientação de fluxos, condutas e procedimentos. Notamos grande ansiedade nas falas no que diz respeito à falta de manutenção de atendimento multiprofissional aos usuários com relatos explicitando momentos em que o serviço fica descoberto, apesar da obrigatoriedade, estabelecida pela RDC nº 154 da ANVISA, de que cada serviço de diálise tenha a ele vinculado um mínimo de dois médicos nefrologistas, dois enfermeiros, um assistente social, um psicólogo e um nutricionista, assim como auxiliares e técnicos de enfermagem de acordo com o número de pacientes (ANVISA, 2004).

Hipóteses de solução: protocolos, TCLE e reuniões multiprofissionais

A quarta etapa do Arco de Charles Maguerez é caracterizada pela formulação das hipóteses que deve ser norteada pela percepção do problema e pode abranger diferentes níveis de ação, devendo os participantes explicar e argumentar o sentido das mesmas na elaboração de alternativas de solução (COLOMBO; BERBEL, 2007; VILLARDI; CYRINO; BERBEL; 2015).

Nessa etapa, propusemos aos participantes o levantamento das hipóteses de solução embasado na teorização previamente realizada, tendo em vista o recorte da realidade. Essas escolhas consideraram aspectos subjetivos e objetivos, incluindo

informações e percepções que permitiram aos participantes a tomada de decisão, sendo negociada e pactuada pelo grupo. Foram projetadas e registradas diversas hipóteses pelos participantes que poderiam vir a se transformar em ações concretas para solucionar ou caminhar em direção a solução do problema trabalhado nessa estratégia de EPS.

Na organização do trabalho em equipe os participantes reconhecem que nenhum profissional perde seu campo específico de atuação, porém a ação profissional conjunta permite um modo de abordar e enfrentar os problemas, sendo a equipe, de forma compartilhada, responsável por compreender as demandas dos usuários, propor com a participação desses, modos de atuar nos seus problemas relacionados ao adoecimento crônico. Estudo demonstrando os princípios básicos, passos de otimização do fluxo de trabalho em serviço de diálise e discussão de mudanças afirma que inúmeros fatores devem ser levados em consideração ao desenvolver ou alterar um cronograma de tratamento dos pacientes em TRS, definindo metas e objetivos em busca de qualidade, segurança e satisfação dos pacientes e profissionais (SESSOMS; HAMILTON, 2011).

Além disso, apareceu como resultado nessa etapa questões relacionadas ao estabelecimento de normas, rotinas e regulamentos como necessários para o funcionamento efetivo desses serviços de saúde, corroborando com outro estudo que aponta a implementação/alteração de protocolos como conduta adotada para a prevenção de eventos adversos em serviço de hemodiálise, tornando mais eficiente o processo de trabalho e uniformização da assistência (SOUSA et al.; 2013).

A partir da discussão da solução do problema fundamentada na teorização, foram então definidas as seguintes hipóteses como mais viáveis: estabelecimento de protocolos de atuação multiprofissional, construção do TCLE para os pacientes (de acordo com as recomendações das diretrizes) e criação de reuniões multiprofissionais para discussão de casos. Nesse sentido, a possibilidade de uma atuação multiprofissional emerge de uma

visão ampliada, valorizando a importância da existência de espaços de discussão e possam permitir a construção de consensos entre os profissionais (SILVA; PEDUZZI, 2011).

Aplicação à realidade: planejando ações viáveis com possibilidade de mudanças

O grupo de trabalho em questão apresentava uma relação afetiva entre si, construída no contato permanente no trabalho e demonstrou atitudes colaborativas em relação ao ideal de busca por melhorias na assistência e serviço de TRS, apesar de angustias e entraves citados como intervenientes no processo de aplicação da realidade.

Aplicamos a ferramenta de gestão 5W3H, representada em forma de esquema na Figura 3. Com isso, foi possível a estruturação da etapa de aplicação à realidade neste estudo, por meio de uma tabela, composta pelas três propostas mais viáveis, elencadas na etapa anterior, o que facilitou a elaboração de um plano de ação com possibilidades e alternativas que permitissem produzir mudanças no cotidiano do trabalho. Essa ferramenta proporciona trabalhar com atividades definidas e que devem ser desenvolvidas a partir da identificação e priorização de ações, estabelecendo o que deve ser feito (*what?*) e porque (*why?*), quem o fará (*who?*), em que período de tempo (*when?*) e onde na instituição (*where?*), além de como a atividade deve ser desenvolvida (*how?*), e sempre que possível o seu custo (*how much?*) e para acompanhamento de resultados o estabelecimento de indicadores (*how measure?*) (CALEMAN et al, 2016).

Figura 3: Esquema representativo da ferramenta 5W3H.

Fonte: Caleman et al. (2016, p. 36).

Algumas ações, foram consideradas de maior viabilidade, por depender exclusivamente dos participantes que as planejaram. Outras, ao contrário, dependiam de variáveis controladas por terceiros, tais como gestores da instituição, o que dificultaria a execução das ações.

A aproximação concreta da realidade permitida pela MP responde às necessidades de profissionais que pensem além da sua área de formação, considerando demandas da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, nessa etapa os participantes tomam e executam decisões permitindo a consciência do seu compromisso com a transformação da realidade com os serviços no qual estão inseridos, por promover um momento de planejamento e execução, além de um compromisso social (VILLARDI; CYRINO; BERBEL; 2015).

Sabemos que no uso da MP não existe um controle absoluto dos resultados pelos facilitadores em termos de conhecimentos, sendo importante a sua postura em relação ao processo educativo de formação profissional e aos problemas relativos a situação em estudo. Dessa forma a MP se diferencia de outras metodologias problematizadoras por

permitir a problematização da realidade com um recorte feito pelos próprios educandos e retornar após obtenção de novas informações com o intuito de transformá-la em algum grau (COLOMBO; BERBEL, 2007; VIEIRA; PANÚNCIO-PINTO, 2015).

Vale acrescentar que a estrutura do método do Arco, tendo a realidade como ponto de partida e chegada, permite e representa movimentos contínuos, onde após o estudo de um problema poderão surgir outros desdobramentos, exigindo por exemplo contato com conteúdos que não haviam sido previstos anteriormente, mas que se fazem necessários para a compreensão e solução do problema; além de permitir a origem de novos arcos (VIEIRA; PANÚNCIO-PINTO, 2015).

Considerações Finais

Esse estudo apresenta como limitações a realização em uma unidade hospitalar com dificuldades relacionadas a horário e escala de trabalho dos participantes, assim como a restrição a um único serviço de TRS. Logo, sugerimos novos estudos com maior número de participantes, além de ampliação para outros serviços que ofertam assistência a pacientes portadores de DRC em terapia dialítica com a utilização de ferramentas de transformação da realidade. Por outro lado, a participação de diferentes profissionais e o espaço de discussão contribuiu com a troca e o enfrentamento dos problemas desse serviço, sendo importante a criação de mecanismos que estimulem o envolvimento da equipe multiprofissional.

A vivência da EPS, enquanto prática transformadora, alicerçada na MP, permanece sendo um desafio diante da dificuldade de associar a realidade cotidiana dos serviços com espaços de discussão coletiva em busca da renovação de processos de trabalho. Entretanto, essa estratégia, em consonância com as recomendações da PNEPS,

propiciou condições de aprendizado significativo baseado em uma situação concreta do ambiente laboral.

A partir das experiências vividas na aplicação da MP, cabe destacarmos que a forma de abordar os saberes prévios dos profissionais envolvidos e a atitude problematizadora, visou a produção de uma educação mais crítica e reflexiva, ao invés de reprodutora e tecnicista. Porém, independente da utilização da MP ou de outras metodologias ativas de ensino-aprendizagem, o seu uso isolado não garante uma educação transformadora, sendo que a resistência às mudanças representa um forte obstáculo a ser enfrentado.

O poder decisório dos participantes na escolha do problema a ser trabalhado nos encontros e possibilidade de superação desse construída no decorrer da estratégia, foram aspectos que favoreceram a tomada de decisão coletiva na unidade com base na viabilidade das propostas. Além disso, a experiência de vivenciar e refletir sobre a MP, permitiu que pudessem avançar repensando e reconstruindo suas próprias práticas para melhoria dos serviços oferecidos, pois quanto mais ativo, crítico e reflexivo for o processo, maiores serão as chances de promoção de mudanças na realidade e contexto do trabalho.

Notas

* Pesquisa resultado da dissertação de mestrado “Desenvolvendo uma estratégia de Educação Permanente em Saúde em unidade de terapia renal substitutiva”, para obtenção do título de mestre em Ensino na Saúde do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, 2019. Os custos desta pesquisa foram financiados pelas pesquisadoras e não há conflito de interesse.

[1] Pós-graduanda em Ensino na Saúde (Mestrado), Universidade Federal de Goiás. anapflima@ufg.br. Correspondência: R. 235, s/n, Setor Leste Universitário, Goiânia - GO, Brasil, CEP 74605-050.

[2] Doutora em Ciência. Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Goiás. idahelenamenezes@gmail.com

[3] Doutora em Medicina – Nefrologia, Pós doutora em Educação Médica. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás. ersp13@gmail.com

Referências Bibliográficas

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Portaria nº 389, de 13 de março de 2014*. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília, DF: ANVISA, 2014.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC n° 154, de 15 de junho de 2004.* Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise. Brasília, DF: ANVISA, 2004.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edição 70; 2016.

BASTOS, Marcus G.; KIRSZTAJN, Gianna M. Doença Renal Crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para a melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93–108, 2011.

BERBEL, Neusi A. N. Metodologia da Problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 16, n. 3, p. 09-19, out. 1995.

BERBEL, Neusi A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termou ou diferentes caminhos? *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139–154, fev. 1998.

BERBEL, Neusi A. N. A Metodologia da Problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. *Revista Diálogo Educional*, Curitiba, v. 12, n. 35, p. 103–120, jan./abr. 2012.

BERBEL, Neusi A. N.; GAMBOA, Sílvio A. S. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. *Filosofia e Educação (online)*, Campinas, v. 3, n. 2, p. 264–287, out. 2011/mar. 2012.

BORDENAVE, Juan D.; PEREIRA, Adair M. *Estratégias de ensino aprendizagem.* 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

BRASIL. Portaria n. 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 16 fev. 2004. Seção 1, p. 37-41.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução CNS 466/2012*. Diretrizes e Normas Regulamentadora de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF: CNS, 2012.

CALEMAN, G. et al. *Projeto aplicativo:* termos de referência**.** São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

CECCIM, Ricardo B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161–77, set. 2004/fev. 2005.

COLOMBO, Andréa A.; BERBEL, Neusi A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121–146, jul./dez. 2007.

CONTERNO, Solange F. R.; LOPES, Roseli E. Pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação superior em saúde no Brasil: origens históricas e fundamentos teóricos. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)*, Sorocaba, v. 21, n. 3, p. 993–1016, nov. 2016.

GIGANTE, Renata L.; CAMPOS, Gastão W. S. Política de formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 747–763, set./dez. 2016.

GOLSTEIN, Marc et al. Multidisciplinary predialysis care and morbidity and mortality of patientes on dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, v. 44, n. 4, p. 706-714, out. 2004. Disponível em: <https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(04)00940-0/pdf>. Acesso em: out. 2018.

HAMILTON, Gary; SESSOMS, Mark. Improving workflow in the dialysis clinic (Part 1). *Nephrology News & Issues*, v. 25, n. 11, p. 32-40, 2011.

HEMMELGARN, Brenda R. et al. Association between multidisciplinary care and survival for elderly patients with Chronic Kidney Disease. *Journal of the American Society of Nephrology*, v. 18, p. 993–999, 2007.

MELO, Manuela C. et al. Aprendizagem baseada na problematização: utilizando o Arco de Maguerez na graduação de enfermagem. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Brasília, v. 07, n. 1, p. 247–259, 2016.

MERHY, Emerson E. Educação Permanente em movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 7–14, 2015.

MINAYO, Maria Cecília S. *O desafio do conhecimento:* pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PRADO, Marta L. et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 172–177, jan./mar. 2012.

SESSO, Ricardo C. et al. Brazilian Chronic Dialysis Census 2014. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 54–61, 2016.

SESSOMS, Mark; HAMILTON, Gary. Improving workflow in the dialysis clinic (Part 2). *Nephrology News & Issues*, v. 25, n. 12, p. 27-36, 2011.

SILVA, Jaqueline C. et al. Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 3, p. 592–595, mai./jun. 2011.

SINGH, Ajay; KARI, Jameela. Manejo dos estágios 4 e 5 da doença renal. In: DAUGIRDAS, Jonh T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. (Org.). *Manual de Diálise*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. cap. 2, p. 18-24.

SOUSA, Maiana R. G. et al. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 76-83, 2013.

STRAUSS, Anselm L.; CORBIN, Juliet, M. *Pesquisa Qualitativa*: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STROSCHEIN, Karina A.; ZOCCHE, Denise A. A. Educação Permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505–519, nov. 2011/fev. 2012.

TONG, Allison; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443–466, set./dez. 2005.

TRONCHIN, Daisy M. R. et al. Educação Permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. esp2, p. 1210–1215, 2009.

VIEIRA, Marta N. C. M.; PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula. A Metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 241–248, 2015.

VILLARDI, Marina L.; CYRINO, Eliana G.; BERBEL, Neusi A. N. A Metodologia da Problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: VILLARDI, Marina L.; CYRINO, Eliana G.; BERBEL, Neusi A. N. (Org.). *A problematização em educação em saúde*: percepção dos professores tutores e alunos. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, cap. 2, p. 45-52.

WEBSTER, Angela C. et al. Chronic Kidney Disease. *The Lancet*, v. 389, n. 10075, p. 1238–1252, mar. 2017.

WERNECK, Marcos A. F.; FARIA, Horário P.; CAMPOS, Kátia, F. C. Protocolos de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

Refletindo a educação permanente em saúde: potencialidades e limitações na terapia renal substitutiva*

Ana Paula Freitas Lima
Pós-graduanda em Ensino na Saúde (Mestrado), Universidade Federal de Goiás. R. 235, s/n, Setor Leste Universitário, Goiânia - GO, Brasil, CEP 74605-050. anapflima@ufg.br
Edna Regina Silva Pereira
Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás. ersp13@gmail.com
Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes
Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Goiás. idahelenamenezes@gmail.com

Reflecting the permanent education in health: potentialities and limitations in renal replacement therapy

This study aims to analyses the perceptions and practices of health professionals about continuing health education in a unit of renal replacement therapy. This is a qualitative, descriptive and exploratory, with data obtained through focus groups with graduate professionals who provide care in a reference service in hemodialysis and peritoneal dialysis, and the data analyzed according to content analysis. The results showed persistence of a health education model as discontinuous resource training, fragmented and focused on uniprofissionais categories and the eaneed for institutionalization of continuing health education with the support of management. The implementation of the problematization methodology as a guiding led participants to develop the sense of responsibility for their learning and the possibility of change in the service reality in which they live.

Key words: Permanent education. Training in human resources. Renal replacement therapy.

Este estudo tem por objetivo analisar as percepções e práticas dos profissionais da saúde em Educação Permanente em Saúde (EPS) de uma unidade de terapia renal substitutiva. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória, com dados obtidos por meio de grupos focais com profissionais de nível superior que prestam assistência em um serviço de referência em hemodiálise e diálise peritoneal, sendo os dados analisados por análise de conteúdo. Os resultados demonstraram persistência de um modelo de educação em saúde como recurso descontínuo de capacitação, fragmentado e centrado em categorias uniprofissionais e a necessidade de institucionalização da EPS com o apoio da gestão. A execução da Metodologia da Problematização como eixo norteador propiciou aos participantes o desenvolvimento da noção de responsabilidade sobre o seu aprendizado e a possibilidade de mudança na realidade do serviço no qual estão inseridos.

Palavras chave: Educação permanente. Formação de recursos humanos. Terapia de substituição renal

Introdução

Desde a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da Portaria n° 198/GM, no ano de 2004, o processo de modificação da formação profissional busca articular e transformar as práticas e a educação na saúde. Assim como organizar o trabalho, considerando a educação permanente (EP) como oportunidade de crescimento do ambiente laboral por meio de uma inversão na lógica anteriormente consolidada de educação continuada (EC)[1,2].

Assim, em 2007, foi publicada a Portaria n° 1.996, como reafirmação da PNEPS, que definiu novas estratégias para a implementação dessa política, considerando as diretrizes operacionais dos pactos pela vida, de gestão e o controle social. Com essa publicação, pretendeu-se contribuir para o desenvolvimento de ações transformadoras com mudanças no enfoque educativo, incorporando o ensino e o aprendizado às práticas do trabalho, no contexto em que ocorrem[2,3].

Estudos identificaram uma evolução conceitual do termo educação permanente em saúde (EPS), com incorporação dos princípios da educação problematizadora, realidade como contexto de ação, pedagogias não pautadas na transmissão, mas com pensamento crítico-reflexivo, embora relatem diversos desafios em relação a sua aplicação no contexto dos serviços, desarticulada da realidade e dos processos de trabalho vivenciados pelos profissionais[4,5,6]. Dessa forma, a EPS tem sido entendida como a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao ambiente laboral e suas organizações, por meio de uma aprendizagem significativa, mediada por metodologias ativas e problematização da realidade[7].

Dentro dessa perspectiva da EP, recomenda-se um processo educativo embasado em ações que partirão de problemas reais, com uso de metodologias que oportunamente permitem a formação de profissionais capazes de resolver ou até mesmo transformar suas práticas que lhes inibem a resolução desses problemas. Sendo assim, a PNEPS aponta a problematização como estratégia de trabalho, pois permite uma ruptura com a aprendizagem conteudista, promovendo a discussão em equipe para

reflexão das práticas e construção de alternativas de ação por meio das hipóteses de solução, ao invés de apenas receptores[2,8].

A Metodologia da Problematização (MP) se caracteriza como uma metodologia de ensino, estudo e trabalho, a qual pode ser utilizada para promover a mobilização dos educandos, por meio de um processo que envolve ação-reflexão sobre um aspecto da realidade observada, em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade[9,10]. Essa metodologia tem como base para a sua aplicação o Arco de Charles Maguerez, um caminho metodológico que orienta a prática pedagógica e permite o desenvolvimento do processo de ação-reflexão-ação, sendo experimentada com êxito na formação de profissionais de saúde[11,12].

Pautada nessas concepções, há de se destacar a Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, a qual estabelece que os serviços de saúde integrantes da linha de cuidado à pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) deverão observar a garantia de EP de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC[13].

Apesar dessas recomendações, identificou-se por meio de busca de literatura específica em bases de dados, lacuna no que diz respeito aos estudos cujos resultados poderão indicar a relação da EPS com o desenvolvimento da prática rotineira nos serviços de terapia renal substitutiva (TRS), além de proposta de projetos de intervenção para o aprimoramento das equipes de trabalho e avaliação de informações sobre mudanças na realidade desses serviços. Em complemento, a DRC vem se apresentando como um problema grave de saúde pública, diante de uma elevação significativa nas suas taxas de incidência e prevalência, com um aumento de 20 mil pacientes em tratamento dialítico no Brasil nos últimos quatro anos[14], exigindo a atuação de uma equipe multiprofissional qualificada para a solução de problemas na perspectiva da EP.

Buscando compreender os desafios e as potencialidades da EPS e partindo da visão de que o uso de estratégias educacionais é um processo que depende dos contextos e da atuação dos atores envolvidos, este trabalho se concentrou em um evento particular de EPS de profissionais, composta pela equipe multiprofissional de nível superior, nas práticas em TRS. Nesse sentido, este estudo teve seu desenvolvimento baseado na seguinte questão

de pesquisa: Como os profissionais de um serviço de TRS percebem a EPS e como essa se desenvolve no cotidiano desse serviço? Cujo objetivo foi analisar as percepções e práticas dos profissionais da saúde em relação a EPS de uma unidade de TRS em um hospital federal de ensino.

Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, que permite a investigação de opiniões e atitudes dos participantes, levando em consideração aspectos que dentro de um contexto específico podem ser transformadores da realidade[15]. Esse estudo seguiu o *check-list* do *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)*, que identifica critérios como forma de exploração de estudos qualitativos com descritores para cada item[16].

A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de setembro de 2017 e agosto de 2018 em um hospital federal de ensino da rede pública de Goiás, referência no serviço de TRS, composto por hemodiálise e dialise peritoneal. A população do estudo se constitui da equipe assistencial de nível superior, que desempenha suas funções nesse serviço e é composta por seis médicos (as) assistenciais, três médicos (as) residentes em nefrologia, quatro enfermeiras, uma psicóloga, uma nutricionista e uma assistente social, totalizando 16 profissionais, que foram recrutados pessoalmente para a participação na pesquisa. Um total de nove profissionais aceitaram participar demonstrando interesse e disponibilidade, além de concordarem com a metodologia adotada no estudo, sendo excluídos aqueles que se encontraram afastados das atividades devido a férias e/ou licença médica no período de coleta de dados. Todos os profissionais convidados a participar receberam esclarecimentos sobre a pesquisa, a coleta de dados somente se iniciou diante da aceitação em participar e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado pelas pesquisadoras.

A condução da pesquisa foi mediada pela pesquisadora principal, mestranda em ensino na saúde e profissional do serviço, com apoio das demais pesquisadoras como facilitadoras, sendo todas doutoras, e

especialistas em educação na saúde pelo *Foundation for Advancement of International Medical Education and Research* (FAIMER®) da Universidade Federal do Ceará e uma com formação básica em dinâmica de grupo e em *coaching*.

Como técnica de coleta de dados foram utilizados dois grupos focais. Esse método é sugerido para a coleta de informações afim de responder as perguntas de investigação, por meio da conversa entre os participantes mediados pelo moderador, podendo ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática ou serviços e as circunstâncias por meio das quais os significados foram construídos[17,18]. Para moderá-los, construi-se previamente, roteiros com questões que estimulassem a reflexão coletiva.

Foi escolhido na instituição uma sala apropriada para a realização da coleta de dados a fim de facilitar a interação, evitando fatores que pudessem desviar a atenção ou interromper a discussão. A pesquisa foi desenvolvida em um total de seis encontros presenciais, totalizando 12 horas de intervenção, com duração média de duas horas cada encontro, sendo que nos grupos focais os participantes tiveram suas falas registradas em áudio utilizando-se gravador digital, sendo posteriormente as gravações transcritas na integra para o processo de análise.

No grupo focal 1, realizado antes da implementação de estratégias de EPS, foi apresentada a situação problema que apontou a necessidade do estudo e solicitado preenchimento de uma ficha de categorização profissional, seguido da utilização de um roteiro de perguntas que norteou a identificação de estratégias de educação já existentes no serviço, levantamento de necessidades e implementação da atividade de EPS. Essa atividade foi realizada no decorrer de três meses e utilizou como estratégia os preceitos da MP, percorrendo as etapas de observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade do Arco de Maguerez, de acordo com a compreensão de Berbel[10] e contou com a participação das pesquisadoras como facilitadoras, além da presença de uma pedagoga membro do núcleo de educação permanente da instituição. O grupo focal 2 foi realizado 11 meses após o início da coleta de dados e, após a

implementação da estratégia para avaliação dessa e das percepções dos seus participantes sobre a oportunidade de aplicação ou mudanças na prática.

O método de análise de dados utilizado foi a análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, onde o pesquisador busca categorizar os seguimentos que se repetem, inferindo uma expressão que os represente[19]. A utilização da análise de conteúdo conforme proposta por Bardin[20] foi adotada, observando as seguintes etapas: pré-análise dos dados que consiste na organização do material e primeiro contato com esse com sistematização das ideias iniciais; exploração do material afim de aprofundar na temática orientado pelo referencial teórico, adotando nessa fase procedimentos de codificação, classificação e categorização; tratamento dos resultados onde as pesquisadoras apoiadas nos resultados procuraram torna-lo significativo e válido, estabelecendo relações com a realidade.

Os participantes foram identificados por códigos a fim de assegurar o sigilo de sua identidade, pela letra “P”, seguida de números (1 a 9). Ressalta-se que a presente pesquisa foi desenvolvida seguindo os pressupostos éticos da Resolução 466/2012[21], e só teve início após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob parecer nº 2.596.347.

Resultados e discussão

Categorização dos profissionais

Participaram da pesquisa nove profissionais que compuseram um grupo formado por três médicos (as) assistenciais, uma médica residente em nefrologia, três enfermeiras, uma psicóloga e uma nutricionista. Vale ressaltar que a única categoria profissional de nível superior que compõe a equipe e que não participou do estudo foi o serviço social. Dos participantes dos grupos focais oito (88,8%) eram do sexo feminino. Em relação a faixa etária houve uma maior participação de profissionais com idade entre 30 e 39 anos (cinco), seguido de 40 a 49 (três) e apenas uma pessoa com idade inferior a 30 anos. Os profissionais de saúde que participaram do estudo atuavam, em média, há 11 anos na instituição. Em relação à formação desses profissionais, na sua totalidade todos os participantes possuem uma pós-graduação ou especialização, sendo quatro (44,4%) mestres e um doutor.

Categorização dos dados

Da análise de conteúdo dos dados emergiram categorias e subcategorias com base nos objetivos e roteiros utilizados para a condução das discussões, bem como das falas apresentadas no material, conforme apresentadas no Quadro 1. As três categorias desse recorte refletem questões que estiveram presentes nos discursos dos profissionais durante os grupos focais e na estratégia de EPS nesse serviço.

Quadro 1. Categorias e subcategorias emergentes na análise de conteúdo temática.

Categorias	Subcategorias
1) Capacitação ou Educação Permanente	1.1) Insuficiência e inadequações 1.2) Persistência do modelo tradicional 1.3) Fatores potencializadores e limitantes
2) Problematização como eixo norteador	2.1) Metodologia de ensino e trabalho 2.2) Realidade como ponto de partida e chegada
3) Assistência ao paciente em terapia renal substitutiva	3.1) Modelo biomédico 3.2) O trabalho multiprofissional 3.2) Fragilidades nos recursos humanos

Fonte: Elaboração das autoras (2019).

Capacitação ou Educação Permanente

Insuficiência e inadequações

Ao eleger como objeto de reflexão a educação de profissionais inseridos no cotidiano dos serviços, entende-se que a educação é parte indivisível do trabalho. Quando questionados sobre a existência de estratégias para se atingir a formação permanente em serviço na instituição, os participantes as percebem como insuficientes e com inadequações, modelo esse reconhecido como não respondente aos princípios do Sistema Único de Saúde[1]. As falas se aproximam do conceito de educação continuada (EC) como uma continuidade do modelo escolar, com ênfase na atualização de conhecimentos, aparecendo como recurso descontinuo de capacitação centrado em categorias uniprofissionais[2].

> Existe, mas assim, é pouco, pelo que eu estou lembrando aqui para a área da enfermagem foi só a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem). (P5)
>
> Existe curso de formação [...] teve aquele curso de cuidados paliativos [...] que está na terceira turma [...] é um curso de três meses, muito bom. (P8)
>
> [...] agora recentemente na hemodiálise começou uma parte de educação permanente, com os funcionários, mas é para a enfermagem. (P6)

> Na nutrição também a gente tem muito isso, mas é só da nutrição [...] (P9)
>
> É uma coisa bem médica mesmo, porque assim é um [...] não só discussão de casos, mas também assim discussão do funcionamento da unidade, da questão organizacional, a teoria mesmo, não é uma coisa multiprofissional, é uma coisa segmentada. (P1)

As estratégias citadas se apresentam como pontuais, fragmentadas, uniprofissionais e desarticuladas, com foco em cursos e treinamentos, sem que haja reflexão sobre as necessidades do serviço e dos usuários. Esse resultado contraria a definição da EPS enquanto aprendizagem no trabalho com referência nas necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social[1]. Além disso, Merhy[22] afirma que os processos verdadeiramente comprometidos com a EP devem ter a capacidade de gerar no trabalhador, durante a produção de cuidado, transformações da prática pela capacidade de problematizar a si mesmo no agir dentro do mundo do trabalho, sendo esse o grande desafio no plano individual e coletivo.

Mesmo após anos de publicação da PNEPS, e a recomendação de espaços de discussão coletiva que permitam a formação de facilitadores conscientes, os serviços e profissionais ainda demonstram dificuldade em avançar na implementação e condução de estratégias que se configurem como EPS, contradizendo os processos de capacitação e atualização mais presentes nos serviços e na lógica de transmissão de conhecimento específicos de cada profissão, com foco biomédico[23,24]. A concepção da PNEPS expressa relação com a incorporação do cotidiano as propostas formativas em saúde, porém apesar da presença de publicações recentes no intuito de apoiar o processo de planejamento de estratégias de EPS, podemos atribuir parte dessas dificuldades a transições políticas que estão ocorrendo no país.

Nesse contexto, a ausência de consenso sobre a educação no trabalho, pode ser demonstrada pela existência de duas propostas distintas, sendo essas a EPS e a EC, que segue presente nos serviços de saúde, gerando uma confusão quando frequentemente são tratados como sinônimos quando falamos de formação e qualificação no serviço, apesar de abordarem princípios metodológicos distintos[25].

Persistência do modelo tradicional

A prática educacional vem se mantendo centrada na figura do educador e baseada na repetição, disciplina e controle; sendo o seu papel historicamente direcionado para a transmissão do conhecimento. Apesar de reconhecer os movimentos para a formação de profissionais de saúde voltados para um cuidado integral, permanece os desafios de atender e de ouvir as demandas do mundo do trabalho no qual estão inseridos[26]. Assim, a resistência à mudança e persistência de um modelo tradicional pautado na pedagogia da transmissão, a qual os profissionais foram expostos durante a sua formação, pode ser percebida na descrição das atividades presentes no serviço.

> Exposição oral dialogada, porque faz uma exposição e a gente discute. (P7)
> A nossa exposição é oral mas é dialogada, a gente discute bastante aqui. (P5)
> [...] a gente faz o treinamento então e também é só exposição, fica uma lá, falando, falando, falando até entrar na cabeça [...] mas aí quando a gente vai passar para o funcionário a gente trabalha de forma mais lúdica, a gente sempre inventa porque senão eles dormem [...] a gente faz muito isso para os funcionários, mas pra gente é sempre na forma mais tradicional do mundo. (P9)

Divergindo do processo de transferência do conhecimento, educar na perspectiva emancipatória permite a possibilidade de participação dos educandos na produção do saber, sendo a EPS pautada nessa concepção pedagógica transformadora[27]. Porém, da mesma forma, quando apresentadas as demandas dos profissionais para a estratégia de EP que estava sendo planejadas, alguns profissionais apontaram a necessidade de desenvolvimento de atividades tradicionais para transmitir ou atualizar a equipe, resultado esse encontrado em outros estudos[28]. As falas reforçam essa solicitação por uma educação tradicional, que se assemelha com aquela à qual esses profissionais foram expostos durante a sua formação, com procedimentos considerados como já consolidados.

> Eu acho que teria que ter uma aula sobre isso. (P7)
> Eu acho que seria importante a gente ter uma aula sobre essas portarias [...] ter uma aula explicativa né, pra depois a gente poder elaborar de acordo, a gente trazer o que vamos utilizar no nosso contexto [...] (P1)
> Se um outro profissional vier com essa informação pra gente é melhor. (P9)

O ato de receber o conhecimento como se fosse um objeto é algo ainda muito presente nos discursos dos participantes, sendo esse depositado pela figura de um educador. Vale acrescentar que outros estudos realizados em hospitais evidenciam um perfil de ações educativas com temáticas assistenciais e a recuperação da saúde, onde profissionais demonstram desconhecer a base conceitual da EP, com tendência a reproduzir os modelos de educação utilizados pelas instituições[29,30].

Fatores potencializadores e limitantes

Como potencialidade da EPS nesse serviço de TRS, são percebidos pelos participantes os processos de formação que acontecem na instituição enquanto hospital escola, a exemplo de estágios e residências, como contribuinte na formação da equipe como um todo. Esses depoimentos convergem no sentido da residência se constituir como espaço intercessor de mudanças designando a formação profissional, sendo as preceptorias apontadas como importantes atividades permeadas de EP[31].

> A gente tem o programa de aula com os residentes, que eu acredito que entraria, mas a gente prepara, a gente faz, a gente assiste [...] as atividades educativas que a gente faz com os residentes tem avaliação, a gente avalia presença, participação, pontualidade, é tipo um estágio que eles fazem na hemodiálise, contribui com a formação da equipe né? (P1)
>
> [...] os residentes da nefrologia vão pra lá (hemodiálise) e dão aula, discutem com os preceptores. (P5)
>
> Nós também acompanhamos os estudantes de enfermagem da universidade que vem e a gente também participa do processo de educação e avaliação dos alunos. (P6)

Além disso, a análise dos dados permitiu identificar fatores citados como intervenientes no processo de EPS, tais como desafios e limitações, que emergiram no decorrer do estudo. Apesar de evidenciada uma disposição interna por parte dos profissionais, os mesmos referem que sem o empenho e observância de sua importância pela gestão de forma institucionalizada, o desenvolvimento de ações de EPS fica limitado.

[...] eu acho realmente importante envolver a gerência [...] (P1)

Eu acho que uma coisa é conscientizar a gerência, dessa necessidade de educação permanente e buscar incentivar as equipes no hospital, eles têm essa formação ou informação, não sei, e incentivar isso de uma forma prática assim, no hospital todo. Porque não adianta a gente ir por baixo né, eu digo assim, lá do núcleo né, começava a fomentar isso né, e esbarrar em questões de gestão [...] (P8)

[...] não é só do serviço de nefro, tem que ter essa conscientização geral do hospital. (P4)

Resultado esse que vai ao encontro de outros estudos que apontam o apoio e sensibilização dos gestores como necessidade para a institucionalização da política de EPS, e que as propostas não podem ser construídas isoladamente, sendo fundamental a participação da gestão para a sua sustentabilidade enquanto estratégia de mudança[32,33].

Nesse sentindo, podemos reforçar que a EPS como ferramenta que possibilita impactos na realidade deve ser do hospital enquanto estabelecimento de atenção à saúde e não isoladamente de um serviço em específico. Atendendo a essa premissa foi publicada, no dia 13 de agosto de 2018, uma portaria reestruturando a composição do núcleo de EP na instituição pesquisada, com apresentação das suas principais atribuições e estratégias de atuação. Esse núcleo vem trabalhando com um projeto que visa identificar profissionais da instituição que possam atuar como facilitadores nas atividades de EPS ligados as gerências administrativas, de atenção à saúde e de ensino e pesquisa e com a finalidade de descentralização e disseminação pedagógica da EP para o seu exercício no trabalho.

Tanto o desafio como a necessidade da continuidade das ações foram citados pelos participantes, sendo inerente à EPS, capaz de qualificar a assistência[34], apontando como primordial o investimento constante no desenvolvimento de estratégias de EPS dentro da instituição.

Problematização como eixo norteador

Metodologia de ensino e trabalho

A MP se utiliza de um esquema denominado Arco de Charles Maguerez, que consiste em uma ferramenta didático-pedagógica com oportunidade de

aprendizado a partir da realidade vivida, levando em consideração a experiência e conhecimentos prévios dos educandos. Percorrendo as etapas de observação da realidade, determinação de pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade[35,36].

A escolha e execução de uma estratégia utilizando a MP como eixo norteador pode propiciar aos profissionais o uso de variadas operações e desenvolvimento da autonomia do aprender e possibilidade de mudança na realidade do serviço no qual estão inseridos. Estudos indicam que a MP favorece a reflexão crítica da realidade e da práxis, sendo percebidos avanços na sua utilização, no que diz respeito à colaboração com a percepção da importância, do comprometimento e necessidade de transformação do cotidiano dos serviços de saúde[4].

> [...] sobre a questão da metodologia eu achei muito interessante da problematização, gostei muito do jeito que foi explicado, a questão daquele arco (de Charles Maguerez), você colocar o problema, qual seriam as soluções, a gente discutia, então assim sem dúvida essa parte foi muito interessante. (P1)
>
> Porque assim a questão da problematização ela consegue cada vez, colocar um foco né, por exemplo sobre os nossos principais problemas, porque no início a gente abriu um monte de questões e depois foi tentando fechar [...] a gente se perde porque são muitas questões mesmo e ai acaba que as vezes você não sai do lugar [...] essa metodologia permitiu que a gente selecionasse um e fosse trabalhando e desenvolvendo em cima dele [...] (P8)
>
> Foi muito interessante e essa forma de problematização eu já conhecia mas assim ela faz a gente participar do processo da construção, não traz algo pronto e aplica. (P7)
>
> [...] mas conhecer a forma metodológica também eu acho que é um aprendizado de como trabalhar, porque igual a gente escuta falar mas eu mesmo nunca tinha participado. (P5)

Além disso, vale ressaltar que a MP reconhece que a aprendizagem deve partir dos conhecimentos prévios do sujeito[37], sendo esse fato ressaltados nos depoimentos dos participantes desse estudo.

> Mas para construir, a gente tem que trazer o que conhece a respeito. (P8)
>
> Eu penso que cada um trazer o que conhece a respeito ou o que pode informar. (P5)
>
> Todos nós temos conhecimento, isso é facilitador, nós temos né, agora põe na prática. (P6)

Realidade como ponto de partida e chegada

As recomendações são de que a formação dos trabalhadores do SUS não sejam mais definidas com base nas suas necessidades individuais de atualização, mas sim levando em consideração necessidades e problemas identificados nos cotidianos de atenção à saúde e de organização do trabalho[33]. Assim sendo, a MP se diferencia de outras metodologias sendo o seu ponto de partida e chegada a realidade a ser problematizada e extrapolando a sua caracterização apenas como método, pelo exercício intelectual e o social a ela atribuído, que permite enxergar e transformar a realidade com maior criticidade, além de uma prática mais contextualizada, tão necessária a área da saúde[38].

Os participantes reconheceram a motivação em se reunir para tratar de problemas inerentes ao seu próprio processo de trabalho, resultado corroborado por outro estudo onde os entrevistados apontaram a importância da promoção de educação em saúde dos trabalhadores na sua realidade de trabalho[28].

> Eu também gostei muito, trabalhar com problematização traz assim mais, a gente fica mais próximo da nossa realidade né, então assim eu acho que aqui a gente fez um trabalho assim que realmente contemplou as minhas expectativas que foi pra nossa realidade. (P4)
>
> [...] um trabalho da problemática do serviço trabalhando com o grupo todas as pessoas que de uma forma ou de outra interferem no processo, assim é um muito bom, eu acho que é uma tendência. (P6)

Nesses discursos, percebe-se a satisfação dos participantes em se reunir para trabalhar com a realidade, reconhecendo os problemas do cotidiano enquanto fundamento para o exercício da EPS, sendo essa fomentada por necessidades presentes em um serviço de saúde e realizada por meio de metodologias de ensino-aprendizagem que incluem a problematização dos processos e vivência do mundo do trabalho[32]

De acordo com Miccas e Batista[39], após analisar outros estudos, ações e decisões coletivas fundamentadas em práticas problematizadoras com aprendizagem deslocada para o ambiente de serviço, foram indicadas como

fundamental dentro do processo de formação permanente, fornecendo respaldo na prática de forma contínua e articulada.

Assistência multiprofissional ao paciente em TRS

Modelo biomédico

No cotidiano de trabalho de uma unidade de TRS, a disponibilidade da equipe multiprofissional para a abertura e estabelecimento de vínculos efetivos, faz-se necessária em situações de adoecimento crônico, no sentido de desconstrução da assistência medicalizante que ainda persiste em disputar o ordenamento do processo de trabalho. Para os participantes, a assistência ao paciente nesse serviço de TRS ocorre de forma fragmentada, com o trabalho individualizado por área profissional, com práticas centradas em procedimentos. Estudo de Mendonça e Nunes[32] relata que a persistência dessas práticas, além de representar um desafio, reforça a necessidade da implementação da política de EPS, pois o modelo vigente não responde aos desafios atuais da assistência pautada na integralidade.

> [...] eu acho que é diferente o processo, não tem aquele momento multi(profissional), porque quando o médico chega, só o médico, e as vezes assim, os pacientes ficam tão tristes porque eles não querem falar com você. (P9)
>
> Mas o que acontece na (diálise) peritoneal é porque eles estão acostumados com o atendimento só médico [...] (P3)
>
> E assim porque tem o agendamento com o enfermeiro, que a gente tem agendamento de troca e extensão, nós temos muita coisa para olhar, tem atendimento com a psicóloga, com a nutrição, isso tudo acontece só que muitas vezes o paciente não dá valor a isso [...] se o *staff* passar mais cedo eles não dão importância pros outros profissionais mesmo [...] (P7)
>
> Mas a medida que você consegue criar vínculos com o paciente, ele quer ser atendido, mas a prioridade é o médico. (P5)
>
> Pelo meu lado, o paciente da hemodiálise está lá preso na cadeira aquelas quatro horas, ele vai te ouvir, não tem jeito. Agora o da dialise peritoneal ele tá doido pra ir embora depois que o médico atendeu, então assim, ele foca muito no médico e assim se você não atendê-lo antes, já aconteceu de paciente falar assim: “eu quero ser atendido pelo médico, não quero ser atendido por você”. (P9)

Ficou evidente que o perfil delineado por essas falas da equipe multiprofissional nos remete ao modelo de assistência tradicional e biomédico,

onde há uma supervalorização dos usuários pela figura do médico. Esse resultado corrobora com estudo de Oliveira e Wendhausen[33] onde vários trabalhadores referem em seus depoimentos uma população que reluta em aceitar uma nova perspectiva de atendimento executada pela equipe privilegiando consultas médicas. Contudo, os participantes desse estudo reconhecem em suas falas que o atendimento multiprofissional precisa ser valorizado pela equipe para ser percebido como fundamental pelos pacientes.

> Sensibilizar o paciente da importância (da assistência multiprofissional), como ele está fazendo diálise peritoneal domiciliar, acho que as vezes ele não sabe. (P3)
>
> Eu acho que tem que entender o paciente [...] ele tem que mudar essa cultura porque eles não conheciam o multidisciplinar, eles não tinham acesso a esse tipo de atendimento. (P6)
>
> E nós precisamos nos organizar, descobrir nossas funções, porque o paciente não te adere porque ele não conhece o processo [...] não conhece os profissionais, em quem precisa passar [...] (P7)

O trabalho multiprofissional

No conjunto das falas, há também a explicitação de que a troca de experiências e vivências, o compartilhamento nos encontros que os profissionais participaram contribuíram com a relação enquanto equipe multiprofissional, sendo destacada a importância da troca efetiva para a qualificação da assistência. O apoio da equipe é reconhecido como importante, visto que a aprendizagem na EPS acontece, sobretudo com a inclusão dos profissionais em um processo coletivo de caráter transformador[32,40].

> A metodologia foi bem efetiva mesmo e assim a possibilidade de ter visões diferentes uma vez que é multiprofissional, eu acho isso importantíssimo, porque tá trazendo uma visão diferenciada de cada um dos problemas [...] (P5)
>
> Eu sinto muita falta dessa troca e essa técnica permitiu em outras situações a gente discutir também o que era a preocupação (problemas) de cada um para o serviço, o que era possível, então assim é cada um trabalhando no seu espaço dificulta essa comunicação e interfere na assistência. (P8)

Para os participantes do estudo, esse espaço de discussão favoreceu a troca e enfrentamento dos problemas desse serviço, resultado que corrobora com outros estudos que trazem a importância de criar mecanismos que estimulem a participação, assim como o envolvimento de todos os profissionais da equipe [32].

Além disso, outra publicação apontou a tendência dos profissionais de saúde em agir isoladamente com promoção de cuidados pontuais em detrimento de uma assistência integral, que não atende as necessidades dos usuários. Esse estudo propõe um aprendizado transformador no sentido de valorização da socialização e produção de profissionais da saúde, atores de mudanças com capacidade para tomada de decisão, trabalhar em equipe no sistema de saúde e adaptar os recursos aos contextos locais, com estimulo ao abandono dos desenvolvimentos individuais em direção a alianças integrando os sistemas educacionais e de saúde[41].

Fragilidades nos recursos humanos

Foi frequente também a afirmação de que diversas demandas e impasses consomem o tempo dos profissionais. Parte disso se deve ao fato de se tratar de um serviço de TRS inserido em um hospital de grande porte, atendendo inclusive urgências dialíticas, causando a sensação de absorção e sobrecarga de uma equipe reduzida.

> [...] a gente tentar se organizar dentro do que for possível, tem questões que esbarram na questão de funcionários, tem questões de horários mas algumas acho que e possível a gente ir devagar movimentando, até para chegar e exigir isso em um patamar maior. (P8)
>
> A questão dos entraves dos problemas é o mesmo, as vezes a gente vai com ideias ótimas de mudanças, tanto na hemodiálise quanto na diálise, mas sempre tem um entrave, primeiro porque a gente tá sempre só resolvendo as urgências e depois quando a gente vai pensar a gente chega a pensar nisso não tem funcionários e esbarra de novo, vem as urgências, esbarra de novo. (P7)
>
> [...] pela sobrecarga de trabalho que a gente tem, pela demanda que é muito alta e assim a gente sabe que tem que ter a intervenção, nós sabemos quais as intervenções, mas a gente não tem pessoal [...] (P5)

Diante dessas limitações estruturais do cotidiano de trabalho, as falas dos participantes vão ao encontro de outro estudo onde, apesar de abordar um cenário de prática distinto, a equipe também percebe a dificuldade de manutenção de uma agenda de encontros de EPS e questiona a consistência do processo diante da descontinuidade das discussões[42].

Considerações finais

A pesquisa mostrou que o potencial da EPS com a utilização de metodologias problematizadoras foi percebido pelos participantes no desenvolvimento de estratégias em busca da resolução de problemas voltados para as necessidades e realidade do serviço no qual estão inseridos.

No entanto, na unidade estudada, predominam atividades de educação com uma concepção tradicional de educação enquanto transmissão, não fornecendo subsídios para a reflexão sobre o cotidiano do trabalho. O estudo revela a manutenção de práticas pautadas na EC, em detrimento da EPS, como pratica transformadora com demandas educativas geradas pelo processo de trabalho. Porém, faz-se necessário que as duas abordagens sejam vistas com um caráter complementar, sem se excluírem enquanto metodologias.

Observou-se também que as atividades educativas se destinam, predominantemente, aos trabalhadores por categorias profissionais com fragmentação das ações, visto que pouco se falou sobre atividades cujo público alvo fosse a equipe de trabalho. Os discursos evidenciaram a necessidade de valorização profissional enquanto equipe multidisciplinar e o apoio da gestão no processo de implementação da EPS enquanto proposta de transformação. Foi possível perceber que discutir problemas e situações da realidade do serviço incentivou os participantes a refletir sobre suas práticas e necessidade de participação em todo o processo educativo.

Esse estudo, embora qualitativo, e desenvolvido no contexto de um grande hospital universitário, apresenta como limitações a realização em um único serviço de TRS inserido em uma unidade hospitalar com dificuldades relacionadas a horário e escala de trabalho dos participantes. Entendemos como necessários estudos com maior número de participantes e ampliação

para outros serviços que ofertem assistência a pacientes portadores de DRC em terapia dialítica. Assim como, pesquisas sobre os impactos e efeitos que a EPS possa ter na qualidade da assistência aos usuários dentro dos serviços de saúde, suas vivências e concepções em outros cenários de prática.

Referências

1. 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 desenvolvimento de trabalhadores no setor. Brasília (DF): MS; 2004.

2. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília (DF): MS; 2009.

3. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): MS; 2007.

4. Campos KFC, Sena RR de, Silva KL. Permanent professional education in healthcare services. Esc Anna Nery [Internet]. 2017; 21(4):1–10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400801&lng=en&tlng=en

5. Rossetto M, Silva LAA da. Ações de educação permanente desenvolvidas para os agentes comunitários de saúde. Cogitare Enferm. 2010;15(4):723–9.

6. Ricaldoni CAC, de Sena RR. Permanent education: a tool to think and act in nursing work. Rev Lat Am Enfermagem. 2006;14(6):837–42.

7. De Queiroz DM, Da Silva MRF, De Oliveira LC. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: Potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. Interface Comun Saúde, Educ. 2014;18(2):1199–210.

8. Farias PAM de, Martin AL de AR, Cristo CS. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: percurso histórico e aplicações. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2015;39(1):143–50. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-550220150001001

9. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termou ou diferentes caminhos? Interface Comun Saúde, Educ [Internet]. 1998;2(2):139–54. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08

10. Berbel NAN. A Metodologia da Problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. Rev Diálogo Educional [Internet]. 2012;12(35):103–20. Disponível em: http://www2.pucpr.br/reol/index.php/dialogo?dd99=pdf&dd1=5904

11. Prado ML do, Velho MB, Espíndola DS, Sobrinho SH, Backes VMS. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Esc Anna Nery. 2012;16(1):172–7.

12. Melo MC, Queluci G de C, Gouvêa MV. Problematizing the multidisciplinary residency in oncology: A practical teaching protocol from the perspective of nurse residents. Rev da Esc Enferm da USP. 2014;48(4):706–14.

13. Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília (DF): ANVISA, 2014.

14. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian Chronic Dialysis Census 2014. J Bras Nefrol [Internet]. 2016;38(1):54–61. Disponível em: http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0101-2800.20160009

15. MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

16. Tong A, Sainsbury P, Graig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. Int Int J Qual Heal Care. 2007;19(6):349–57.

17. Escobar J, Bonilla-Jimenez FI. Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. Cuad Hisp Psicol. 2009;9(1):51–7.

18. Stalmeijer RE, McNaughton N, Van Mook WNKA. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. Med Teach [Internet]. 2014;36(11):923–39. Disponível em: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2014.917165

19. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto e Context Enferm. 2006;15(4):679–84.

20. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edição 70; 2016.

21. Resolução CNS 466/2012. Diretrizes e Normas Regulamentadora de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF): CNS; 2012.

22. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface - Comun Saúde, Educ. 2005;9(16):172–4

23. da Cunha AZS, de Rezende MS de, Weigelt LD, Krug BF, Feil AI. Implicações da educação permanente no processo de trabalho em saúde. Espaço para a Saúde - Rev Saúde Pública do Paraná. 2014;15(4):64–75.

24. Macêdo NB de, Albuquerque PC de, Medeiros KR de. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. Trab Educ e Saúde [Internet]. 2014;12(2):379–401. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200010&lng=pt&tlng=pt

25. Montanha D, Peduzzi M. Educação permanente em enfermagem: Levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. Rev da Esc Enferm. 2010;44(3):597–604.

26. Mourthé Junior CA, Lima VV, Padilha R de Q. Integrando emoções e racionalidades para o desenvolvimento de competência nas metodologias ativas de aprendizagem. Interface - Comun Saúde, Educ. 2018;22(65):577–88.

27. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comun Saúde, Educ [Internet]. 2005;9(16):161–77. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf

28. Silva JAM da, Peduzzi M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. Saúde e Soc [Internet]. 2011;20(4):1018–32. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400018&lng=pt&tlng=pt

29. Tronchin DMR, Mira VL, Peduzzi M, Ciampone MHT, Melleiro MM, Silva JAM Da, et al. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2009;43(esp2):1210–5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

30. Koerich C, Erdmann AL. Meanings attributed by nursing staff about permanent education in cardiovascular institution. Rev da Rede Enferm do Nord [Internet]. 2016;17(1):93–102. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2223/pdf_1

31. da Silva CT, Terra MG, Kruse MHL, Camponogara S, Xavier M da S. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. Texto Context Enferm [Internet]. 2016;25(1):1–9. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71444666004

32. de Mendonça FF, de Nunes EFPA. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil. Interface Comun Saúde, Educ. 2011;15(38):871–82.

33. Oliveira SRG de, Wendhausen ÁLP. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. Trab Educ e Saúde. 2014;12(1):129–46.

34. Mishima SM, Aiub AC, Rigato AFG, Fortuna CM, Matumoto S, Ogata MN, et al. Managers' perspective on continuous health education in a region of São Paulo State. Rev da Esc Enferm. 2015;49(4):659–67.

35. Berbel NAN, Gamboa SAS. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. Filos e Educ [Internet]. 2012;3(2):264–87. Disponível em: http://periodicos.bc.unicamp.br/ojs/index.php/rfe/article/download/8635462/3255

36. Vieira MNCM, Panúncio-Pinto MP. A Metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde. Rev da Fac Med Ribeirão Preto. 2015;48(3):241–8.

37. Bergamim MD, Prado C. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013;66(1):134–7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a21.pdf%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100021&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

38. Colombo AA, Berbel NAN. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. Semin Ciências Sociais e Humanas. 2007;28(2):121–46.

39. Miccas FL, Batista SHS da S. Educação permanente em saúde: metassíntese. Rev Saude Publica [Internet]. 2014;48(1):170–85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100170&lng=pt&tlng=pt

40. Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2004;57(5):605–10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

41. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent worlld. Lancet. 2010;376(9756):1923–58.

42. Silva DLS, Knobloch F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]. 2016;20(57):325–35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200325&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

*Elaborado com base em “Desenvolvimento de uma estratégia de Educação Permanente em Saúde em unidade de terapia renal substitutiva”, dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

Reflejando la educación permanente en salud: potencialidades y limitaciones en la terapia de remplazo renal

Este estudio tiene como objetivo analizar las percepciones y prácticas de los profesionales de salud a cerca de la educación continua de la salud en una unidad de terapia de reemplazo renal. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, con los datos obtenidos por medio de grupos de enfoque con profesionales de nivel superior que proporcionan atención en un hospital de referencia en la hemodiálisis y la diálisis peritoneal, y los datos analizados de acuerdo al análisis de contenido. Los resultados mostraron la persistencia de un modelo de educación para la salud como la formación de recursos discontinua, fragmentada y se centró en categorías uniprofissionais y la necesidad de institucionalización de la educación continua de la salud con el apoyo de la administración. La ejecución de una estrategia con la metodología de la problematización como una guía propició a los participantes el desarrollo de la noción de responsabilidad sobre su aprendizaje y la posibilidad de cambio en la realidad del servicio en el que están en el que viven.

Palabras clave: Educación continua. Formación de recursos humanos. Terapia de reemplazo renal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios relacionados a EPS e sua responsabilidade enquanto prática transformadora permanecem, mesmo após 14 anos de instituição da PNEPS, em relação a sua implementação no dia-a-dia laboral das instituições, sendo necessário o seu fortalecimento no enfrentamento dos problemas diários dos serviços. Proporcionamos, conforme objetivou o estudo, a desenvolvimento de uma estratégia de EPS dentro de uma unidade de TRS, assim como a análise de suas percepções e práticas nesse serviço que demonstraram a persistência de atividades com uma concepção tradicional de educação enquanto transmissão, que não fornecem subsídios para a reflexão sobre o cotidiano do trabalho.

Os resultados apontam que as práticas de atividades educativas consideradas pelos participantes destinam-se, predominantemente, aos trabalhadores por categorias profissionais com fragmentação das ações, visto que pouco se falou sobre atividades cujo público alvo fosse a equipe de trabalho. Prevaleceu o discurso de necessidade de valorização profissional enquanto equipe multidisciplinar e o apoio da gestão no processo de implementação da EPS enquanto proposta de transformação, o que deveria ser inerente à organização do trabalho em saúde.

A partir das experiências vividas na aplicação da MP, cabe destacar como potencial, a forma de abordar os saberes prévios dos profissionais envolvidos e a atitude problematizadora, que visaram a produção de uma educação mais crítica e reflexiva, ao invés de reprodutora e tecnicista. Os materiais disponibilizados aos participantes para auxiliá-los nas discussões possibilitou contato com conceitos que poderão colaborar no gerenciamento do cuidado e processos de trabalho na unidade.

Porém, independente da utilização da MP ou de outras metodologias ativas de ensino-aprendizagem, o seu uso isolado não garante uma educação transformadora, sendo que a resistência a mudanças representa um forte

obstáculo a ser enfrentado dentro de um contexto onde a formação dos profissionais da saúde segue se mantendo centrada na figura do educador, direcionado para a transmissão do conhecimento.

O poder decisório dos participantes na escolha do problema a ser trabalhado nos encontros e possibilidade de superação desse, construída no decorrer da estratégia, foram aspectos que favoreceram a tomada de decisão coletiva na unidade com base na viabilidade das propostas. Além disso, a experiência de vivenciar e refletir sobre a MP, permitiu que pudessem avançar repensando e reconstruindo suas próprias práticas para melhoria dos serviços oferecidos, pois quanto mais ativo, crítico e reflexivo for o processo, maiores serão as chances de promoção de mudanças na realidade e contexto do trabalho.

A temática trabalhada, no que tange o pensar o serviço e as necessidades de profissionais reflexivos, vai ao encontro da certeza de que a construção do conhecimento incide sobre e depende de indivíduos, coletivos e instituições, e que faz-se necessário a proximidade com o contexto e os problemas do cotidiano do mundo trabalho. Os participantes referiram ainda que a estratégia implementada foi motivadora para a reflexão de que o processo não deve parar e que mesmo sem expectativas de solução de todos os problemas, existem aqueles onde é possível implantar soluções significativas.

Entendemos como necessário ampliar pesquisas sobre os impactos e efeitos que a EPS possa ter na qualidade da assistência aos usuários dentro dos serviços que ofertam terapia dialítica, assim como suas práticas e concepções em outros cenários de prática.

REFERÊNCIAS

AHMAD, S. *et al*. Aparelho de Hemodiálise. In: DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. (Org.). **Manual de Diálise**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. cap. 4, p. 54-72.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 389, de 13 de março de 2014**. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília, DF: ANVISA, 2014a.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 11, de 13 de março de 2014**. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 2014b.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 154, de 15 de junho de 2004**. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise. Brasília, DF: ANVISA, 20004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edição 70; 2016.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para a melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 33, n. 1, p. 93–108, 2011.

BATISTA, S. H. S. DA S. *et al*. Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 1, p. 743–752, 2015.

BERBEL, N. A. N. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 16, n. 3, p. 09, 1995.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termou ou diferentes caminhos? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 2, p. 139–154, 1998.

BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. **Revista Diálogo Educional**, v. 12, n. 35, p. 103–120, 2012.

BERBEL, N. A. N.; GAMBOA, S. A. S. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. **Filosofia e Educação (online)**, v. 3, n. 2, p. 264–287, 2012.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem.** 4. Ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

BORDENAVE, J. D. **Alguns fatores pedagógicos.** 4. Ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Anais da 4ª Conferência Nacional de Saúde: Recursos Humanos para as Atividades de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1967. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf> Acesso em: 26 abr.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 6ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1977. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf> Acesso em: 26 abr.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986a. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 26 abr.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf> Acesso em: 08 out.2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 5 jan. 1988. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html> Acesso em: 30 abr. 2018.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p.18.055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 9ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em:

<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>
Acesso em: 30 abr.2018.

BRASIL. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm> Acesso em: 04 nov.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 10ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf>
Acesso em: 30 abr.2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer n. CNE/CES 1.133 de 3 de outubro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 3 out. 2001. Seção 1E, p. 131.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promed – Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Portaria n. 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 16 fev. 2004. Seção 1, p. 37-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pró-saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Portaria n. 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: MS, 2009, p. 64.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS 466/2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadora de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF: CNS, 2012.

BRASIL. Portaria n. 3.194198 GM/MS, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 30 nov. 2017. Seção 1, p. 141.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde: Orientações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

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

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. **Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde DATASUS, 2018. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/5208702338424> Acesso em: 15 nov. 2018.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R. DE; SILVA, K. L. Educação Permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. 1–10, 2017.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679–684, 2006.

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

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161–77, 2005b.

CECCIM, R. B.; CYRINO, E. G. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área. In: ____. (Org.). **Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho**. 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017, v. 1, p. 4-26.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 28, n. 2, p. 121–146, 2007.

CONTERNO, S. F. R.; LOPES, R. E. Pressupostos pedagógicos das atuais

propostas de formação superior em saúde no Brasil: origens históricas e fundamentos teóricos. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 21, n. 3, p. 993–1016, 2016.

CORIOLANO, M. W. L. *et al*. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 37–59, 2012.

COUTINHO, N. P. S.; TAVARES, M. C. H. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 232–239, 2011.

DA CUNHA, A. Z. S. *et al*. Implicações da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 15, n. 4, p. 64–75, 2014.

DE QUEIROZ, D. M.; DA SILVA, M. R. F.; DE OLIVEIRA, L. C. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 2, p. 1199–1210, 2014.

DE SOUSA, M. R. G. *et al*. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 47, n. 1, p. 76–83, 2013.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1613–1624, 2013.

ESCOBAR, J.; BONILLA-JIMENEZ, F. I. Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. **Cuadernos Hispanicoamericanos de psicologia**, v. 9, n. 1, p. 51–57, 2009.

FARIAS, P. A. M.; MARTIN, A. L. A. R.; CRISTO, C. S. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: percurso histórico e aplicações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 143–150, 2015.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. DE S. Política De Formação E Educação Permanente Em Saúde No Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 3, p. 747–763, 2016.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, v. 12, n. 24, p. 149–161, 2003.

GOLSTEIN, M. *et al*. Multidisciplinary predialysis care and morbidity and mortality of patientes on dialysis. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 44, n. 4, p. 706-714. Disponível em: https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(04)00940-0/pdf. Acesso em: out. 2018.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. Proceso de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en America Latina. **Educación Médica y Salud**, v. 24, n. 2, p. 136–204, 1990.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. **Educación Permanente de Personal de la Salud**. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud, 1994.

HEMMELGARN, B. R. *et al*. Association between multidisciplinary care and survival for elderly patients with Chronic Kidney Disease. **Journal of the American Society of Nephrology**, v. 18, p. 993–999, 2007.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico 2018**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=5208707> Acesso em: 15 nov. 2018.

JESUS, M. C. P. *et al*. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1229–1236, 2011.

Kidney Disease Improving Global Outcomes – KDIGO. **Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease**. [S. l.]: Kidney International Supplements, v. 3, n. 1, s. 3, p. 5-14, 2013.

Kidney Disease Improving Global Outcomes – KDIGO. **Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease**. [S. l.]: Kidney International Supplements, v. 3, n. 1, s. 3, p. 5-14, 2013.

KOERICH, C.; ERDMANN, A. L. Meanings attributed by nursing staff about permanent education in cardiovascular institution. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 1, p. 93–102, 2016.

KRUEGER, R. A. Developing Questions for Focus Groups. In: MORGAN, D. L.; KRUEGER, R. A. (Org.). **The Focus Group Kit**. Londres: SAGE Publications, 1998a.

KRUEGER, R. A. Moderating Focus Groups. In: MORGAN, D. L.; KRUEGER, R. A. (Org.). **The Focus Group Kit**. Londres: SAGE Publications, 1998b.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913–922, 2016.

LIMA, S. A. V.; ALBUQUERQUE, P. C.; DAVID WENCESLAU, L. Educação Permanente Em Saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trabalho, Educação, Saúde**, v. 14, n. 2, p. 425–441, 2014.

MACÊDO, N. B. DE; ALBUQUERQUE, P. C.; MEDEIROS, K. R. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 379–401, 2014.

MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional:** o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Editora Museu da República, 2007.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 605–610, 2004.

MARIN, A. J. Educação continuada: introdução a uma análise de termos e concepções. In: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. (Org.). **Educação Continuada.** Brasília: Cadernos CEDES, 1995.

MCCAFFREY, R. et al. The effect of an educational programme on attitudes of nurses and medical residents towards the benefits of positive communication and collaboration. **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, n. 2, p. 293–301, 2012.

MELO, M. C.; QUELUCI, G. C.; GOUVÊA, M. V. Problematizing the multidisciplinary residency in oncology: A practical teaching protocol from the perspective of nurse residents. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 706–714, 2014.

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. 172–174, 2005.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170–185, 2014.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 16 ed. Petrópolis: Vozes**.** 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: p**esquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

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

MORGAN, D. L. The Focus Group Guidebook. In: MORGAN, D. L.; KRUEGER, R. A. (Org.). **The Focus Group Kit***.* Londres: SAGE Publications, 1998a.

MORGAN, D. L. Planning Focus Groups. In: MORGAN, D. L.; KRUEGER, R. A. (Org.). **The Focus Group Kit***.* Londres: SAGE Publications*,* 1998b.

MOURTHÉ JUNIOR, C. A.; LIMA, V. V.; PADILHA, R. DE Q. Integrando emoções e racionalidades para o desenvolvimento de competência nas metodologias ativas de aprendizagem. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 65, p. 577–588, 2018.

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

PHILLIPS, M. *et al*. An education initiative modifies opinions of hemodialysis nurses towards home dialysis. **Canadian journal of kidney health and disease**, v. 2, n. 16, p. 1–8, 2015.

PRADO, M. L. *et al*. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 172–177, 2012.

RAMALHO NETO, J. M. *et al*. Fístula arteriovenosa na perspectiva de pacientes renais crônicos. **Enfermagem em foco**, v. 7, n. 1, p. 37–41, 2016.

RESSEL, L. B. *et al*. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto**, v. 17, n. 4, p. 779–786, 2008.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Permanent education: a tool to think and act in nursing work. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 837–842, 2006.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

ROCHA, B. S. *et al*. Evidências no desenvolvimento da liderança em enfermagem com o uso da pesquisa-ação: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 1–19, 2017.

ROSSETTO, M.; SILVA, L. A. A. Acões de educação permanente desenvolvidas para os agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 723–729, 2010.

SESSO, R. C. *et al*. Brazilian Chronic Dialysis Census 2014. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 38, n. 1, p. 54–61, 2016.

SILVA, D. L. S.; KNOBLOCH, F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 57, p. 325–335, 2016.

SILVA, J. C. *et al*. Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 592–595, 2010.

SINGH, A.; KARI, J. Manejo dos estágios 4 e 5 da doença renal. In: DAUGIRDAS, Jonh T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd, S. (Org.). **Manual de Diálise**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. cap. 2, p. 18-24.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 32–43, 2014.

STALMEIJER, R. E.; MCNAUGHTON, N.; VAN MOOK, W. N. K. A. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. **Medical Teacher**, v. 36, n. 11, p. 923–939, 2014.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 282.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCCHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 505–519, 2012.

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

TRONCHIN, D. M. R. *et al*. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. esp2, p. 1210–1215, 2009.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: ____. (Org.). **A problematização em educação em saúde: percepção dos professores tutores e alunos**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, cap. 2, p. 45-52.

WEBSTER, A. C. *et al*. Chronic Kidney Disease. **The Lancet**, v. 389, n. 10075, p. 1238–1252, 2017.

PRODUTO TÉCNICO

Colaboradores:
Mestranda Ana Paula Freitas Lima
Prof.ª Dr.ª Edna Regina Silva Pereira
Prof.ª Dr.ª Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes

MANUAL: orientações para o planejamento e desenvolvimento de oficinas de trabalho voltadas para a problematização das práticas em Terapia Renal Substitutiva

Este produto técnico foi elaborado como parte da pesquisa intitulada EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SUAS PERCEPÇÕES EM UNIDADE DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA realizada por Ana Paula Freitas Lima, sob a orientação da professora Edna Regina Silva Pereira e coorientação da professora Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, nível mestrado profissional, da Universidade Federal de Goiás, que teve como objetivo analisar as percepções e práticas da Educação Permanente em Saúde, entre os profissionais de uma unidade de terapia renal substitutiva.

E será apresentado aos responsáveis técnicos da unidade de terapia renal substitutiva do HC-EBSERH/UFG como proposta de instrumento para a orientação do planejamento e desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde de acordo com as recomendações da política nacional que a regulamenta.

1. Introdução

Diversos avanços são percebidos após a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), há 14 anos. Contudo, permanecem desafios na sua implementação enquanto proposta de caráter efetivamente transformador. A Educação Permanente em Saúde (EPS) pode ser entendida como:

> Aprendizagem no trabalho, e que ocorre em ocasiões desencadeadas pelos problemas enfrentados na realidade, considerando os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm, bem como as necessidades de saúde das populações (BRASIL, 2018, p. 9).

Nesse contexto, faz-se necessário que seja feita uma diferenciação entre as propostas de EPS e a Educação Continuada (EC), que segue presente nos serviços de saúde. As mesmas geram uma confusão quando frequentemente são tratadas como sinônimos, apesar de abordarem princípios metodológicos distintos. Na EC, percebe-se uma continuidade do modelo escolar, com ênfase na atualização de conhecimentos, baseada na pedagogia da transmissão; além disso, aparece como estratégia descontínua de capacitação centrada em categorias uniprofissionais, enquanto a EPS, apresenta-se com demandas educativas geradas pelo processo de trabalho prevê a inclusão dos profissionais de diversas categorias, em um processo dinâmico de conscientização com caráter transformador, por meio de uma pedagogia centrada na resolução de problemas (BRASIL, 2009; MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004; MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Nesse sentido, a Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, estabelece que os serviços de saúde integrantes da linha de cuidado à pessoa com doença renal crônica (DRC) devem observar a garantia de EPS dos profissionais, em todas as fases de evolução da doença, incluindo a Terapia Renal Substitutiva (TRS), em consonância com as diretrizes da PNEPS (ANVISA, 2014).

A DRC vem se apresentado, nas últimas décadas, como um problema mundial de saúde pública, pelos aumentos significativos de suas taxas de

incidência, prevalência e morbimortalidade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, estima-se que 1,5% das mortes em todo o mundo no ano de 2012 estavam associadas a essa condição clínica (WEBSTER et al., 2017).

No Brasil, de acordo com o censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, no ano de 2014, o número total estimado de pacientes em tratamento dialítico no país era de 112.004, representando um aumento de 20 mil pacientes nos últimos quatro anos. Nesse mesmo censo, o número total de unidades que apresentavam um programa ativo para tratamento dialítico crônico era de 715 estabelecimentos, sendo que as respondentes da região centro-oeste corresponderam à 9% em relação ao total de unidades. Vale acrescentar que 52% das unidades eram hospitalares e os outros 48% correspondiam a serviços localizados fora do ambiente hospitalar (SESSO et al., 2016).

O Serviço de TRS do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG/EBSERH), realizou a sua primeira sessão de hemodiálise (HD) no dia 10 de fevereiro de 1972, sendo pioneiro no centro-oeste do país. Atualmente atende nas modalidades dialíticas de HD e diálise peritoneal (DP), sendo que na unidade de HD o atendimento dos pacientes ocorre nos turnos matutino e vespertino, de segunda à sábado, com capacidade para 16 pacientes/dia, que devem realizar três sessões por semana, totalizando 96 sessões semanais. Já a unidade de DP dessa instituição destina-se ao atendimento de pacientes crônicos adultos e pediátricos e possui 40 pacientes em terapia domiciliar.

Em nossa pesquisa, nos resultados e conclusões assinalamos que:

- Permanece na instituição o modelo de EC, com ênfase na atualização de conhecimentos, recurso descontínuo de capacitação, fragmentada e desarticulada, centrada em categorias uniprofissionais, sem que haja uma reflexão sobre as necessidades do serviço e dos usuários;
- Como potencialidades, percebe-se as preceptorias como importantes atividades permeadas de EPS, contribuindo para a formação em serviço;
- Sendo a EPS inerente ao processo de trabalho, reconhece-se como necessária à promoção de iniciativas institucionais, assim como o apoio e

sensibilização dos gestores para fortalecimento e sustentabilidade dessa enquanto estratégia de mudança;

- A execução de uma estratégia utilizando a Metodologia da Problematização como eixo norteador propiciou aos profissionais o uso de variadas operações e desenvolvimento da noção de responsabilidade sobre o seu aprendizado e possibilidades de mudanças na realidade do serviço;
- Conserva-se um modelo de assistência tradicional e biomédico, com o trabalho individualizado por categoria profissional, com práticas muitas vezes centradas em procedimentos, distante da concepção de integralidade;
- Destaca-se a necessidade de troca e compartilhamento de conhecimento efetivo para a qualificação da assistência.

2. Objetivo

Orientar o planejamento e desenvolvimento de oficinas de trabalho voltadas para a problematização das práticas no serviço de Terapia Renal Substitutiva do HC-UFG/EBSERH.

3. Metodologia

A Metodologia da Problematização (MP) deve ser a base metodológica e pedagógica para desencadear ações educativas verdadeiramente comprometidas com a proposta da EPS, por meio de levantamento de problemas relacionados ao cotidiano e realidade dos serviços de saúde (MAIA; MENEZES; SOUSA, 2015). A utilização do Arco de Maguerez como caminho metodológico que permite a orientação pedagógica da MP é recomendada, porém para que o processo tenho efeito, torna-se necessário o cumprimento de todas as suas etapas de modo integrado (BERBEL; GAMBOA, 2012).

As ações que envolvem cada etapa do Arco de Maguerez foram sintetizadas por Colombo e Berbel (2007) e Villardi, Cyrino e Berbel (2015) da seguinte forma:

1) Observação da realidade. Consiste na etapa inicial onde se busca identificar e registrar o recorte da realidade a ser observado, para o desencadeamento das demais etapas do Arco. O educando deve levantar dificuldades, falhas, contradições, dentre outras características que possam configurar-se como problema. Ao se apropriar das informações observadas na realidade o educando redige um problema (uma questão, afirmação ou negação), elegendo um foco específico, com a pretensão de que o seu estudo possa trazer possíveis transformações no recorte observado.
2) Determinação de pontos-chave. Nesta etapa deverá ser definido os aspectos do problema que será objeto de pesquisa. Exige reflexão e questionamento sobre os possíveis fatores associados e que afetam a existência do problema, afim de se buscar uma resposta para esse.
3) Teorização. É e etapa de investigação, permitindo a construção de respostas baseadas na literatura, por meio de informações acerca do problema de fontes variadas, tais como consulta a especialistas, pesquisa bibliográfica, entrevistas e informações de pessoas que vivem com o problema. Esse processo de reflexão possibilita uma aquisição de novos saberes, assim como uma maior consciência do problema com que deparam.
4) Hipóteses de solução. A quarta etapa do Arco exige que o potencial criativo e reflexivos dos participantes seja mobilizado, para que baseados na teorização previamente realizada possam projetar ideias que poderão num futuro se concretizar para a solução no todo ou em parte do problema projetado na primeira etapa. A formulação das hipóteses pode abranger diferentes níveis de ação, devendo os participantes explicar e argumentar o sentido das mesmas na elaboração de alternativas de solução.
5) Aplicação prática à realidade. As hipóteses de solução devem ser analisadas em relação a sua aplicabilidade, para a eleição daquelas que poderão ser transformadas em ações concretas. Esse é o momento de planejamento, mas também de execução daquilo que foi proposto e de desenvolvimento de um compromisso dos participantes frente a realidade observada e vivenciada.

4. Público Alvo

Profissionais que prestam assistência de forma direta ou indireta aos pacientes portadores de DRC em TRS no HC-UFG/EBSERH.

5. Duração e carga horária

Para cada ação e problema trabalhado serão sugeridos a realização de três encontros, com duração de duas horas, uma vez por semana.

6. Plano de ação

A EBSERH tem trabalhado com um modelo de gestão em atenção hospitalar, com o estabelecimento de boas práticas que visam a qualificação da atenção em saúde, de acordo com a realidade da instituição, que prevê a mensuração de resultados por meio de indicadores de desempenho previamente selecionados, de forma colegiada, pelos próprios profissionais das unidades. Assim sendo, o serviço de TRS do HC-UFG/EBSERH constituiu a sua unidade de produção, no mês de novembro de 2018, para a organização desse processo de trabalho, motivando a integração da equipe, a atuação multiprofissional e a resolução de problemas.

Para o desenvolvimento de oficinas de trabalho voltadas para a problematização da realidade será necessário um reconhecimento da análise situacional do contexto das práticas atuais dos profissionais envolvidos nesse serviço, a fim de identificar os conteúdos sobre os quais se trabalhará. Considerando os princípios da EPS um cronograma de encontros (Quadro 1) para nortear as atividades foi sugerido, porém havendo necessidade o mesmo poderá ser modificado de acordo com as necessidades e os problemas que surgirem no local de trabalho da equipe.

Quadro 1: Cronograma de encontros, ações relativas às etapas da Metodologia da Problematização e ferramentas sugeridas para as atividades.

	Etapas	Movimentos e Ferramentas
1° Encontro	**Observação da Realidade (Problema)**	1° movimento: propor aos participantes a identificação individual da situação por meio de levantamento de desconfortos em relação a realidade do serviço (utilização de 3 tarjetas por profissional). 2° movimento: seguir com a identificação de conjunto de problemas, com análise da pertinência e agrupamento de ideias afins (técnica de visualização móvel). 3º movimento: a partir dos agrupamentos, eleger o enunciado do problema mais recorrente, com pactuação do grupo em relação ao problema percebido no movimento de observação da realidade.
	Definição de Pontos-chave	1° movimento: propor aos participantes o levantamento das prováveis explicações para a ocorrência do problema, segundo suas perspectivas (técnica *Brainstorming*). 2° movimento: eleger, com critérios, aqueles aspectos que serão estudados na etapa seguinte como as causas e consequências desse problema, assim como outras experiências e redigir os pontos-chave. 3° movimento: organizar a divisão dos participantes em subgrupos para a parte de dispersão, onde ocorrerão as pesquisas e fundamentação teórica.
2° Encontro	**Teorização**	1° movimento: os subgrupos formados no encontro anterior se reúnem para trabalhar determinados conteúdos encontrados nas pesquisas relacionadas ao ponto-chave pelo qual se responsabilizaram. 2° movimento: após o tempo de discussão os subgrupos são reformulados, de tal forma que cada novo subgrupo seja composto por integrantes de cada subgrupo anterior, levado as conclusões e ideias do grupo anterior (técnica do painel integrado). 3 ° movimento: instrumentalizar os participantes sobre questões relevantes a compreensão do problema não contempladas durante a dispersão e pesquisas realizadas pelo grupo (técnica exposição oral-dialogada) ou palestras com especialistas convidados.
3° Encontro	**Hipóteses de Solução**	1° movimento: propor aos participantes o levantamento das hipóteses de solução embasado na teorização previamente realizada (técnica *Brainstorming*), abrangendo diferentes instâncias ou níveis de ação com vistas a transformar aquela parcela da realidade estudada. 2° movimento: propor aos participantes a argumentação das hipóteses elaboradas.

	Aplicação à Realidade	1° movimento: eleger as ações que poderão ser colocadas em prática em busca da solução do problema. 2° movimento: desenvolver as hipóteses de solução eleitas por meio de um compromisso de ação claro com definição do que deve ser feito e porque, quem o fará, quando e onde, além de como, custo previsto e estabelecimento de indicadores para as ações (ferramenta planilha *5W3H*). 3° movimento: de acordo com o movimento anterior que identificou quem será o responsável por colocar em prática determinada tarefa relacionada as hipóteses de solução, realizar uma pactuação junto ao grupo no sentido de promover a aplicação e mudanças na realidade do serviço.

7. Avaliação

A avaliação se dará pela construção de protocolos para o manejo dos problemas prioritários trabalhados, bem como estabelecimento de linhas de cuidado que integram distintos pontos de atenção ao paciente portador de DRC em TRS no serviço e avaliação de indicadores previamente estabelecidos pela unidade de produção da TRS.

Instrumento para registro de atividade educativa

REGISTRO DE ATIVIDADE EDUCATIVA

1. NOME DA AÇÃO:
2. DATA: LOCAL: HORA: DURAÇÃO:
3. COORDENADOR DA AÇÃO:
4. PÚBLICO ALVO: ( ) QUANTIDADE ESTIMADA

COMUNIDADE ( )ENFERMEIROS ( )MÉDICOS ( )TODA A EQUIPE

( ) TÉCNICOS DE ENFERMAGEM OUTROS: _____

5. JUSTIFICATIVA:

6. OBJETIVO DA AÇÃO:

7. METODOLOGIA A SER EMPREGADA:
8. DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA:

9. RESULTADOS ESPERADOS:

10. PREVÊ CERTIFICAÇÃO: ( ) SIM ( ) NÃO
11. PREVISÃO DE ENTREGA DE MATERIAL PEDAGÓGICO ( ) SIM ( ) NÃO

QUAL?

12. ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO:
13. LOGÍSTICA

RECURSOS ÁUDIO-VISUAIS:

CUSTO DO EVENTO:

FORMA DE FINANCIAMENTO:

OBSERVAÇÕES:

12. ENVOLVE ISTITUIÇÕES PARCEIRAS ( ) SIM ( )NÃO

QUAL(IS)?

_____

_____

(Local e Data) (Assinatura)

Fonte: Maia; Menezes; Sousa (2015).

Referências

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 389, de 13 de março de 2014**. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília, DF: ANVISA, 2014a.

BERBEL, N. A. N.; GAMBOA, S. A. S. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. **Filosofia e Educação (online)**, v. 3, n. 2, p. 264–287, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: MS, 2009, p. 64.

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

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 28, n. 2, p. 121–146, 2007.

MAIA, L. G.; MENEZES, I. H. C. F.; SOUSA, L. M. Trajetória de recursos humanos no SUS e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: COSTA, N. M. S. C.; PEREIRA, E. R. S. (Org.). **Ensino na Saúde transformando práticas profissionais**. Goiânia: Gráfica UFG, 2015. p. 167-187.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 605–610, 2004.

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

SESSO, R. C. *et al*. Brazilian Chronic Dialysis Census 2014. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 38, n. 1, p. 54–61, 2016.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. N. A. (Org.). **A**

problematização em educação em saúde: percepção dos professores tutores e alunos. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, cap. 2, p. 45-52.

WEBSTER, A. C. *et al*. Chronic Kidney Disease. **The Lancet**, v. 389, n. 10075, p. 1238–1252, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está convidado (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa **Educação Permanente em Saúde e sua influência em unidade de Terapia Renal Substitutiva**, cujo objetivo é analisar a influência de uma estratégia de educação permanente em saúde. Meu nome é Ana Paula Freitas Lima, sou enfermeira da terapia renal substitutiva do Hospital das Clínicas da UFG e pesquisadora responsável pela pesquisa, e minha área de atuação está relacionada as Concepções e Práticas na Formação dos Profissionais de Saúde. Como mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, tenho como orientadora a professora doutora Edna Regina Silva Pereira, docente da Faculdade de Medicina da UFG e co-orientadora a professora doutora Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes, docente da Faculdade de Nutrição da UFG.

Após ler com atenção esse documento e receber os esclarecimentos e as informações sobre a pesquisa, você terá o tempo que julgar necessário para refletir sobre a sua aceitação ou não em participar deste estudo. Lembramos que a participação é de livre e espontânea vontade e sua recusa não acarretará qualquer tipo de discriminação ou dano moral e/ou material a sua pessoa. No caso de aceitar fazer parte do estudo, assine seu consentimento em todas as folhas e ao final deste documento, apresentado em duas vias, que uma fica com você e a outra sob a minha responsabilidade. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Ana Paula Freitas Lima, pelos telefones (62) 3293-7146 e (62) 98197-4480, inclusive por ligações a cobrar. Em caso de dúvidas sobre seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFG, pelo telefone (62) 3269-8338 ou no endereço: 1ª Avenida s/n, Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andas, horário de funcionamento de 2ª a 6ª das 07:00 as 17:00.

Para participar, gostaríamos de contar com a sua colaboração por meio de discussões em grupo (grupo focal e oficinas), sobre seus conhecimentos, práticas e aprendizagens sobre o tema. Sua participação ocorrerá em um total de seis encontros, realizados 1-2 vezes por mês, com a presença de 8 a 12 pessoas aproximadamente, mais o facilitador e o observador. O tempo de duração dos encontros será de aproximadamente 2h. As falas do grupo serão registradas em gravador digital e transcritas para facilitar o processo de análise das informações coletadas. Esta pesquisa possui finalidade científica e, como tal, garante a confidencialidade de suas respostas, sendo as informações obtidas utilizadas exclusivamente com fins acadêmicos e divulgadas em eventos e publicações, bem como para o serviço de saúde, sem identificação de seus participantes. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

Para participar, gostaríamos de contar com a sua colaboração por meio de discussões em grupo (grupo focal e oficinas), sobre seus conhecimentos, práticas e aprendizagens sobre o tema. Sua participação ocorrerá em um total de seis

encontros, realizados 1-2 vezes por mês, com a presença de 8 a 12 pessoas aproximadamente, mais o facilitador e o observador. O tempo de duração dos encontros será de aproximadamente 2h. As falas do grupo serão registradas em gravador digital e transcritas para facilitar o processo de análise das informações coletadas. Esta pesquisa possui finalidade científica e, como tal, garante a confidencialidade de suas respostas, sendo as informações obtidas utilizadas exclusivamente com fins acadêmicos e divulgadas em eventos e publicações, bem como para o serviço de saúde, sem identificação de seus participantes. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

Não haverá custos para os participantes da pesquisa e os riscos decorrentes da sua participação são mínimos, restringindo-se a possibilidade de eventuais constrangimentos durante a realização dos grupos focais e oficinas relacionados às questões propostas, assim como o tempo dispensado para participação nos encontros. E, em conformidade com a Resolução 466/2012, o participante terá o direito de pleitear indenizações em caso de qualquer tipo de dano decorrente de sua participação neste estudo. Os participantes da pesquisa não receberão nenhuma vantagem direta por participar deste estudo. Entretanto, como benefício esta pesquisa poderá contribuir entre outros, para atualizar e agregar conhecimentos, promover o desenvolvimento da equipe multiprofissional, assim como permitir a replicação dos conhecimentos obtidos no setor de terapia renal substitutiva favorecendo a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes da instituição.

Informamos que o projeto foi elaborado tendo em vista o que preconiza a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, sobre os procedimentos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando, portanto, a responsabilidade ética dos pesquisadores.

Goiânia ___/___/___

_____

Enfª Ana Paula Freitas Lima
Pesquisadora responsável

Eu, _____, RG _____, CPF_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Educação Permanente em Saúde e sua influência em unidade de Terapia Renal Substitutiva", sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Paula Freitas Lima, como participante voluntário. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantida possibilidade de retirar meu consentimento a qualquer momento sem sofrer qualquer penalidade.

Assinatura do participante: _____
Pesquisadora responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.
Testemunha 1: _____
Testemunha 2: _____

APÊNDICE 2 – Instrumento de identificação e caracterização dos profissionais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE MEDICINA

COORDENAÇÃO DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO

MESTRADO PROFISSIONAL DE ENSINO EM SAÚDE

Projeto: **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E DUA INFLUÊNCIA EM UNIDADE DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA**

Dados de identificação

1. Sexo ☐ Feminino Idade: _____ anos

☐ Masculino

2. Formação profissional (graduação): _____

Instituição: _____

Tempo de formado: _____ anos

3. Pós-Graduação ☐ Especialização Área: _____

☐ Mestrado Área: _____

☐ Doutorado Área: _____

☐ Outros _____

4. Tempo de atuação profissional: _____ anos

5. Tempo de trabalho na instituição: _____ anos

6. Tempo de trabalho em Terapia Renal Substitutiva: _____ anos

7. Já participou de alguma atualização em Terapia Renal substitutiva?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, por meio de:

☐ Leitura de livros

☐ Leitura de periódicos

☐ Palestras

☐ Cursos

☐ Aulas

☐ Congresso / jornada

☐ Outros: _____

APÊNDICE 3 – Roteiro com questões norteadoras do Grupo Focal 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

Roteiro do Grupo Focal

Data: 26/09/2017

1) Existe alguma atividade educativa desenvolvida com os profissionais dentro da instituição? Quais? (Se sim. Essas atividades são planejadas por quem? E executadas por quem? E feito algum tipo de avaliação?)
2) Quais problemas/necessidades do ambiente de trabalho vocês consideram importantes a serem abordados dentro dessa atividade educativa na terapia renal substitutiva?
3) Dentre os problemas/necessidades apresentados quais aqueles que devem ser priorizados? (Buscando a seleção de três problemas/necessidades)
4) O que vocês acreditam ser necessário para a organização e realização dessa atividade educativa? (Quais fatores facilitadores e possíveis dificultadores?)
5) O que vocês esperam (expectativas) desta atividade educativa?

APÊNDICE 4 – Roteiro com questões norteadoras do Grupo Focal 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

Roteiro do Grupo Focal

Data: 23/08/2018

1) As expectativas apresentadas por vocês em relação a atividade de educação permanente desenvolvida nos três encontros foram cumpridas? (Justifique)
2) Qual a avaliação de vocês sobre a atividade de educação permanente realizada? (Em relação a experiência de utilização da Metodologia da Problematização? O problema trabalhado pelo grupo?)
3) Houve algum aprendizado (ganho de conhecimento) produzido por esta atividade de educação permanente? (Se sim, que tipo?)
4) Em relação aos conteúdos abordados já houve oportunidade de aplicação ou mudança da prática? (Se não, consideram que há potencial para mudanças nas práticas profissionais?)
5) Alguma sugestão para melhorar as atividades de educação permanente dentro do serviço de terapia renal substitutiva? (Se sim, quais?)

ANEXOS

ANEXO 1– Parecer do Comitê de Ética

UFG - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Educação Permanente em Saúde e sua influência em unidade de Terapia Renal Substitutiva

Pesquisador: Ana Paula Freitas Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 73391717.5.0000.5078

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.596.347

Apresentação do Projeto:

Nas últimas décadas, a doença renal crônica (DRC) tem se apresentado como um problema mundial de saúde pública, pelos aumentos significativos de suas taxas de incidência, prevalência e morbimortalidade, estima-se que 1,5% das mortes em todo o mundo no ano de 2012 estavam associadas a essa condição clínica. A Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, estabelece que os estabelecimentos de saúde integrantes da linha de cuidado à pessoa com DRC deverá observar a garantia de educação permanente de profissionais da saúde para o tratamento da DRC, dentre outros fatores, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente. Porém, permanece uma lacuna no que diz respeito a modelos específicos para o desenvolvimento de saberes que resultem no desenvolvimento da prática rotineira nos serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS). O presente estudo tem como objetivo analisar a influência de uma estratégia de educação permanente em saúde (EPS) em uma unidade de terapia renal substitutiva. Tratar-se-á de um estudo qualitativo e serão convidados a participar todos os profissionais de nível superior que compõem a equipe multiprofissional na unidade de TRS do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. A coleta de dados se dará por meio de grupo focal e oficinas a serem realizadas como estratégia de EPS, após esclarecimentos e a concordância em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados dessa pesquisa propiciarão uma discussão da realidade permitindo a sistematização de dados, o que resultará na construção conjunta de proposta de educação permanente com recomendações e

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

estratégias instrucionais na perspectiva de continuidade.

Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na proposta de intervenção, visto que o estudo sugerido altera o que está sendo pesquisado no sentido de contribuir para solução de situações práticas rotineiras através da Educação Permanente em Saúde (EPS). O presente estudo será realizado no período de setembro de 2017 a maio de 2018, na unidade de Terapia Renal Substitutiva do Hospital das Clínicas (HC/UFG).A coleta de dados ocorrerá entre os meses de setembro de 2017 e fevereiro de 2018 e será mediada pela realização de grupos focais e oficinas. O processo será desenvolvido em seis meses, durante os quais serão realizados encontros presenciais, com duração média de duas horas cada, totalizando doze horas de intervenção. Será escolhido na instituição local apropriado para os participantes se reunirem a fim de facilitar a interação, evitando fatores que possam desviar a atenção ou interromper a discussão, sendo prevista a duração de aproximadamente duas horas para cada grupo focal, com o debate de cada questão estimado em 15 a 20 min, a ser realizado em horário compatível com a disponibilidade dos profissionais. Ao iniciar o grupo focal o moderador fará uma breve introdução, na qual apresentará a equipe de pesquisa presente e esclarecerá os objetivos do estudo e do grupo focal, assim como consultará os participantes a respeito da gravação das discussões, lembrando que o material não será divulgado e servirá apenas para facilitar o processo de análise dos dados. Após esclarecimentos sobre a pesquisa, será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e em seguida será solicitado o preenchimento do instrumento de caracterização dos profissionais.Os participantes terão suas falas registradas em áudio utilizando-se gravador digital e as gravações serão transcritas para o processo de análise. Como dado, também serão utilizadas as anotações da dinâmica do grupo e expressões, obtidas pelo observador do grupo. Os dados serão coletados por meio da técnica de grupo focal em duas fases, sendo proposta a sua realização em dois momentos distintos, tendo como objetivo:• Grupo Focal antes da Estratégia de EPS: identificação de estratégias de educação já existentes no serviço e levantamento de necessidades que subsidiarão a realização da atividade de EPS;• Grupo Focal após a Estratégia de EPS: avaliar a estratégia de EPS, ganho de conhecimento e oportunidade de aplicação ou mudanças na prática. A atividade de EPS será realizada no decorrer de três meses, no total de três encontros, que ocorrerão mensalmente, e utilizará como estratégia os preceitos da metodologia da problematização, onde cada encontro terá a previsão de duração de aproximadamente duas horas, em horário e local compatível com a disponibilidade dos profissionais, sendo que os temas centrais a serem

trabalhados emergirão do primeiro grupo focal segundo as necessidades apresentadas.A oficina para construção de material instrucional será realizada exatamente no sexto mês após o início do encontros e coleta de dados, com previsão de duração de duas horas e o registro dos dados nessa etapa será feito por meio de gravação de áudio, além de toda a produção do grupo derivada de tarefas como cartazes, imagens, desenhos, entre outros, os quais serão arquivados em forma de imagem ou som. (maiores informações, vide Projeto de Pesquisa original anexo).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a influência de uma estratégia de educação permanente em saúde em uma unidade de terapia renal substitutiva.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil dos profissionais multiprofissionais que prestam assistência na unidade terapia renal substitutiva;Desenvolver uma estratégia de educação permanente em saúde na unidade da terapia renal substitutiva;Descrever os processos do desenvolvimento da estratégia de educação
permanente em saúde utilizada;Analisar as percepções dos participantes em relação as práticas experimentadas, ao conhecimento e sua aplicabilidade no ambiente de trabalho;Elaborar um material instrucional com proposta de educação permanente em saúde para unidade de terapia
renal substitutiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Estima-se que a participação na pesquisa acarretará em riscos mínimos, considerando apenas a possibilidade de constrangimento durante a realização dos grupos focais ou oficinas por falta de domínio ou conhecimento em algum assunto abordado, assim como o tempo dispensado para a participação nas atividades propostas, que está estimado em 6 encontros (dois grupos focais e três encontros de educação permanente e uma
oficina) com duração prevista de aproximadamente 2 horas cada. A pesquisadora buscará minimizar os riscos, assegurando ao participante a disponibilidade de esclarecimentos sobre os assuntos abordados.

Benefícios:

A pesquisa resultará em atualização sobre a educação permanente em saúde no âmbito de trabalho da terapia renal substitutiva da instituição, permitindo o beneficiamento de profissionais e pacientes, sendo que posteriormente os resultados serão apresentados à instituição e aos

participantes da pesquisa. O participante poderá se aproximar da metodologia da problematização que será utilizada nas oficinas com possibilidade
de replicação com suas equipes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A realização dessa estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS) com interação e levantamento de temas a serem trabalhados que emergirão de necessidades apresentadas pelos próprios atores do serviço propiciará uma discussão de sua realidade permitindo a sistematização de dados e resultados, o que permitirá a construção conjunta de proposta de educação permanente com recomendações e estratégias instrucionais.

Este processo deverá ser construído na perspectiva de continuidade, com levantamento de informações de forma regular, afim de propiciar uma reflexão crítica da realidade institucional, proporcionando sistematicamente os ajustes pertinentes para a sequência de atividades que promovam a EPS dentro da unidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A emenda se fez necessário para a inserção do nome da Prof. Dra. Bárbara Sousa Rocha como membro da equipe de pesquisa, a mesma exercerá a função de colaboradora da pesquisa na realização das oficinas, analise de dados e redação dos produtos. Link Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/8046110202782418.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda proposta ao projeto de pesquisa.

Situação: Emenda aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clinica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1056893_E1.pdf	25/01/2018 11:26:15		Aceito
Outros	MemoGEP077.pdf	01/07/2017 09:43:05	Ana Paula Freitas Lima	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/07/2017 09:42:04	Ana Paula Freitas Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	01/07/2017 09:41:44	Ana Paula Freitas Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/07/2017 09:41:14	Ana Paula Freitas Lima	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoPBAssinada.pdf	01/07/2017 09:40:48	Ana Paula Freitas Lima	Aceito
Outros	InstrumentoDaPesquisa.pdf	18/06/2017 18:46:12	Ana Paula Freitas Lima	Aceito
Outros	FormularioAutorizacaoChefia.pdf	18/06/2017 18:32:14	Ana Paula Freitas Lima	Aceito
Outros	FormularioOrcamento.pdf	18/06/2017 18:31:31	Ana Paula Freitas Lima	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	18/06/2017 18:30:47	Ana Paula Freitas Lima	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

GOIANIA, 12 de Abril de 2018

Assinado por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

ANEXO 2- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

Instruções aos autores

Escopo

Trabalho, Educação e Saúde publica contribuições originais com o intuito de desenvolver o estudo sobre temas relacionados à educação profissional em saúde.

Forma e preparação de manuscritos

Artigos: Apresentação de resultado de pesquisa de natureza empírica ou conceitual. Tamanho entre 4.000 e 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios e debates devem ainda conter um resumo em português e em inglês (abstract) de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse.

Palavras-chave Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

Figuras Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do

título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como "a figura abaixo".

Notas As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

Grifos Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações Citação no corpo do texto deve vir marcada com aspas duplas, com sobrenome do autor, ano e página, como no exemplo (Bourdieu, 1983, p. 126); citação com autor incluído no texto deve vir Gramsci (1982); citação com autor não incluído no texto será (Frigotto e Ciavatta, 2001). No caso de citação com mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink et al. (2001). Se a citação exceder três linhas, deverá vir com recuo à esquerda equivalente a um parágrafo, em corpo 11.

Referências Para elaboração das referências, *Trabalho, Educação e Saúde* adota a norma NBR 6023, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Todas as referências citadas, inclusive nas notas, nos quadros e nas figuras, deverão compor as referências bibliográficas ao fim do texto, em ordem alfabética, sem numeração de entrada e sem espaço entre elas. Nas referências serão citados, no máximo, até três autores com todos os nomes. No caso de mais de três autores, citar apenas o primeiro, seguido da expressão et al. O primeiro nome dos autores deve ser escrito por extenso nas referências. Diferentes títulos de um mesmo autor publicados no mesmo ano deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra (a, b, c...) em minúscula após a data, tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas.

Revisão

A revista se reserva o direito de sugerir alterações em usos informais da língua e de corrigir variantes não padrão do português.

Avaliação

As contribuições encaminhadas à revista são, primeiramente, avaliadas pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à linha editorial da publicação e, posteriormente, por no mínimo dois pareceristas ad hoc (peer review). No caso de divergência entre os pareceres, é solicitado um terceiro parecer para a decisão da Editoria. Os autores acompanham o processo de avaliação do manuscrito pelo sistema de avaliação online. Nomes dos autores e avaliadores de cada original são de conhecimento exclusivo dos editores (duplo-cego).

Os originais apresentados à Trabalho, Educação e Saúde não devem ter sido publicados e não devem ser submetidos simultaneamente a outra revista. Originais submetidos à revista não devem, sob hipótese alguma, ser retirados depois de iniciado o processo de avaliação.

Tempos de avaliação:

A avaliação se dá primeiramente pelos editores, em uma pré-análise, cuja duração não deve exceder dez dias. Se aceitos na pré-análise, os editores designam ao menos dois revisores ad-hoc para avaliar o manuscrito. O tempo médio para avaliação por pares, com base no ano 2016, é de 8 meses. A publicação do texto, após aprovado, também com base no ano de 2016, é de 13 meses. A taxa de recusa de manuscritos, com base no ano 2016, foi de 72%.

ANEXO 3 - NORMAS PARA REVISTA INTERFACE

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, exclusivamente eletrônica, em acesso aberto, trimestral, editada pela Universidade Estadual Paulista – Unesp, (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu. Tem como missão publicar artigos e outros materiais relevantes sobre a Educação e Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas, que contribuem para o avanço do conhecimento nessas áreas.

Interface integra a coleção de periódicos indexados na base SciELO e adota o sistema *ScholarOne Manuscripts* para submissão e avaliação de manuscritos (http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo). Prioriza abordagens críticas e inovadoras e a pesquisa qualitativa e não cobra taxas para submissão e acesso aos artigos. Publica apenas textos inéditos e originais, sob a forma de artigos de demanda livre, analíticos e/ou ensaísticos, revisão de temas atuais, resenhas críticas, relatos de experiência, debates, entrevistas; e veicula cartas e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Também publica temas relevantes e/ou emergentes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outro idioma.

SEÇÕES DA REVISTA

Artigos – textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Nota

- Na contagem de palavras do texto incluem-se referências, quadros e tabelas e excluem-se título, resumo e palavras-chave**.**

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país), título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Editorial, Resenhas, Notas breves e Cartas ao editor.

2 As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

- Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares].** Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do formulário de submissão.
- Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como… > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança… > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.
- Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.
- Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

Nota

- Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, **todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto**.

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do seu conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas essas condições devem ser atendidas.**

Nota

- O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três.**

4 A página inicial do manuscrito **(Documento principal)** deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

- Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.
- Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 20 palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

Notas

- Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

- Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

6 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

7 Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em *Word* ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução…) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), **com seus respectivos créditos ou legendas e numeração**. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

9 Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos.

OUTRAS OBSERVAÇÕES

TÍTULOS E SUBTÍTULOS

1 Título do manuscrito – em negrito, com a primeira letra em caixa alta

2 Títulos de seção (Introdução, Metodologia, Resultados, Considerações finais…) – em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta

3 Quando houver subdivisão na seção assinalar da seguinte forma **[subtítulo]**,

4 Caso esta subdivisão ainda tenha outra subdivisão: assinalar **[sub-subtítulo]**

e assim sucessivamente.

Nota

- Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.

Exemplo:

1 Introdução, 2 Metodologia… **Fica apenas** Introdução, Metodologia…

PALAVRAS-CHAVE

Apenas a primeira letra em caixa alta, o resto em caixa baixa. Ponto final entre as palavras-chave.

NOTAS DE RODAPÉ

1 Nota de rodapé vinculada ao título do texto deve ser identificada com asterisco (*), ao final do título.

2 Informações dos autores devem ser indicadas como nota de rodapé, iniciando por [a], indicadas entre parênteses.

Nota

- Essas notas devem ser curtas, devido ao espaço restrito da página de rosto do artigo.

3 No corpo do texto as notas de rodapé devem seguir a sequência iniciada na página de rosto (se o texto tiver dois autores, por exemplo, a primeira nota de rodapé do texto deve ser [c]).

Nota

- Notas de rodapé devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

DESTAQUE DE PALAVRAS OU TRECHOS NO TEXTO

Devem estar entre aspas (aspas duplas).

Interface **não** utiliza negrito ou itálico para destaque.

Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.

Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

USO DE CAIXA ALTA OU CAIXA BAIXA (baseado em: FRITSCHER, Carlos Cezar et al. Manual de urgências médicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)

Emprega-se caixa alta:

1 No início de período ou citação.

2 Nos nomes dos corpos celestes: Saturno, Sol, Marte, Via Láctea.

3 Nos nomes dos pontos cardeais e dos colaterais quando indicam as grandes regiões do Brasil do mundo: Sul, Nordeste.

Nota

- Quando designam direções ou quando se empregam como adjetivo, escrevem-se com **caixa baixa**: o nordeste do Rio Grande do Norte.

4 Na palavra **estado**, quando personificada ou individualizada: o Estado (Brasil).

5 Nos pronomes de tratamento e nas suas abreviaturas**:** Vossa Excelência, Senhor, Dona.

6 Em siglas:

– se pronunciável pelas letras (UFGRS, UFF, OMS): tudo em caixa alta;

– se pronunciável como palavra (Unesp, Unicef…): só a primeira letra em caixa alta.

Exceções: ONU, UEL, USP.

Nota

- Ao usar sigla, primeiro escreve-se por extenso e depois a sigla, entre parênteses**.**

7 Na primeira letra de palavras que indicam datas oficiais e nomes de fatos ou épocas históricas, de festas religiosas, de atos solenes e de grandes empreendimentos públicos ou institucionais: Sete de Setembro, Idade Média, Festa do Divino, Dia de Natal.

8 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de disciplinas de um currículo, de uma área de estudo ou exame: História da Educação, Psicologia, Avaliação, Exame da Ordem.

9 Na primeira letra de palavras que indicam áreas do conhecimento, instituições e religiões: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina, Enfermagem, Educação, Historia, Ciências Socais, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Cristianismo.

10 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de leis, decretos, atos ou diplomas oficiais: Lei dos Direitos Autorais nº 9.609.

11 Na primeira letra de todos os elementos de um nome próprio composto, unidos por hífen: Pró-Reitoria de Graduação, Pós-Graduação em Finanças.

12 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de eventos (cursos, palestras, conferências, simpósios, feiras, festas, exposições, etc.)**:** Simpósio Internacional de Epilepsia; Jornada Paulista de Radiologia, Congresso Brasileiro de Solos.

13 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de diversos setores de uma administração ou instituição: Reitoria, Pró-Reitoria de Extensão Universitária, Assessoria Jurídica, Conselho Departamental, Departamento de Jornalismo, Centro de Pastoral Universitária.

14 Na primeira letra de palavras que indicam acidentes geográficos e sua denominação**:** Rio das Antas, Serra do Mar, Golfo Pérsico, Cabo da Boa Esperança, Oceano Atlântico.

15 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de logradouros públicos: Avenida Faria Lima, Rua Madalena, Parque Trianon, Praça Michelângelo.

Emprega-se caixa baixa:

1 Na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.

2 Em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

USO DE NUMERAIS

Escrever por extenso:

– de zero a dez;

– dezenas e centenas "cheias": dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas; oitenta alunos, seiscentos internos…

– quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.– unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.

Escrever em algarismos numéricos:

– a partir do número 11;

– quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m

USO DE CARDINAIS

Escrever por extenso:

– de zero a dez.